

**2014 Member Formulary**

**2014 Formulario de Miembros**



**Preferred Drug List  
Generic Medication Policy  
Dispensing Limitations  
Prescribing Guidelines**

**Lista de Medicamentos Preferidos  
Reglas de Medicamentos Genéricos  
Dispensando Limitaciones  
Directriz de Recetas**

**ClearScript<sup>SM</sup>**

**NPS**  
PROCESSING

## INTRODUCTION

For the most up-to-date information about National Pharmaceutical Services®/Pharmaceutical Technologies, Inc.® (P.T.I.®) Formulary (the Formulary), please see the Formulary information on our website at [www.pti-nps.com](http://www.pti-nps.com). This Formulary includes most, but not all, therapeutic classes of prescription drugs and is subject to change at any time upon review by PTI. Our national Formulary is reviewed each quarter by a Pharmacy and Therapeutics (P&T) Committee. The Formulary applies only to outpatient prescription medications dispensed by participating pharmacies. It does not apply to inpatient medications or the medications obtained from and/or administered by a physician. All information in the Formulary is provided as a reference for drug therapy selection. Physicians and pharmacists are encouraged to review the Formulary and utilize it when prescribing for our members. This is extremely important since a member's prescription benefit is based on medications being prescribed from the Formulary. The Formulary is not intended to interfere with independent medical judgment that is based upon the patient-physician relationship. The final choice of specific drug selection for an individual patient rests solely with the prescriber. Products on the Formulary may not include all strengths or dosage forms associated with the brand name product. All drugs included on the Formulary are not necessarily covered by each member's prescription drug benefit plan. **The inclusion of a drug on this list does not imply coverage under all plans. Coverage of listed products will be subject to limitations of the prescription drug benefit plan design. Members should consult their prescription drug benefit manual or contact a customer service representative to determine specific coverage.**

## DEVELOPMENT OF THE DRUG FORMULARY

The multitude of drugs available in the consumer market makes it mandatory that plans introduce a sound program of drug usage. This tool is developed to ensure members receive the best care and protection possible in a cost-effective manner. Such a program should involve the thorough evaluation, selection, and use of medicinal agents. This is the basis for rational drug therapy. The concept of a Formulary provides a method for achieving rational drug therapy in a cost-effective manner, while providing optimal therapeutic outcomes for the member. The Formulary is the cornerstone of drug therapy quality assurance and cost containment efforts. A Formulary supports and maximizes the effectiveness of prescribing guidelines and protocols for therapy. As such, the development and maintenance of the Formulary is necessarily an on-going and dynamic process.

The Formulary is a continually revised compilation of pharmaceuticals which reflects the current clinical judgment of the Pharmacy and Therapeutics Committee as they evaluate, appraise, and select from the numerous available medicinal agents and dosage forms that are considered most useful in patient care. The P&T Committee considers published scientific and clinical data, treatment guidelines, FDA approved indications, plan utilization and cost in the selection process. It is the ultimate goal of the P&T Committee to make the Formulary comprehensive, pro-active, and easy to use.

The Formulary system also serves other purposes. By minimizing duplication, it lowers the costs to clients of PTI of providing the prescription drug card benefit to its members. All of these factors result in lower drug costs for the drug benefit plan. Some drugs that are included in the Formulary may be excluded from coverage under certain benefit plans. The Formulary is designed around the drug product's ability to restore the member's health and sustain or improve their quality of life. As you use the Formulary, we invite your suggestions to improve the format or content. On behalf of our self-insured employer groups, Pharmacy SmartCard members, and all at-risk plans, we want to thank you for your cooperation in using our global Formulary.

## MENTAL HEALTH PARITY ACT

The Mental Health Parity and Addiction Equity Act referred to as (MHPEA) of 2008 and its accompanying interim final rules require that management for mental health and substance use disorder medications follow the same development approach and rules as medications for other conditions.

The NPS formulary has subdivided the prescription drug classification into tiers and applies the general parity requirement separately to each tier of prescription drug benefits. For plans that impose different levels of financial requirements on different tiers (i.e. a tiered benefit plan) of prescription drugs, these factors are based on reasonable factors (such as cost, efficacy, generic versus brand name, and mail order versus pharmacy pick-up), and determined in accordance with the requirements for non-quantitative treatment limitations, and without regard to whether a drug is generally prescribed with respect to medical/surgical benefits or mental health or substance use disorder benefits. Since the NPS formulary and tiering structure is developed the same with the same principles applied to all categories of medication, with no specific criterion differentiating mental health drugs, and does not require more restrictive requirements for drugs prescribed for mental health conditions and substance use disorders than any other general medical/surgical use drug; the NPS formulary is in compliance with this regulation.

## PHARMACY AND THERAPEUTICS (P&T) COMMITTEE

The P&T Committee includes physicians and pharmacists. They must adhere to the standards of the ethics policy set forth by the P&T Committee. They review the medications in each therapeutic class for efficacy, adverse events, and cost of treatment, and then select agents in each category for inclusion/exclusion in the Formulary. The maintenance of the Formulary is a dynamic process, and new medications and information concerning existing medications are continually reviewed by the P&T Committee.

## PRODUCT SELECTION CRITERIA

When a new drug is considered for Formulary inclusion, an attempt will be made to examine the drug relative to similar drugs currently on Formulary. In addition, entire therapeutic classes are periodically reviewed. The class review process may result in deletion or non-Formulary (NF) status of drug(s) in a particular therapeutic class, in an effort to continually promote the most clinically useful and cost-effective agents.

A central factor in successful management of the Formulary is the review and evaluation of the drug products available in the consumer market and a means to make changes to the Formulary in response to changing therapies and economic factors. The P&T Committee utilizes the following criterion in the evaluation of product selection for the Formulary:

- a) The drug product must demonstrate unequivocal safety for medical use.
- b) The drug product must be efficacious and be medically necessary for the treatment, maintenance, or prophylaxis of a medical condition.
- c) The drug product does not have alternative/similar agents on the Formulary that could be substituted.
- d) The drug product must demonstrate a therapeutic outcome.
- e) The medical community must accept the drug product for use.
- f) The drug product must have an equitable cost ratio for the treatment of the medical condition.

## **FORMULARY CONTROL MEASURES**

To promote the most appropriate utilization of selected high risk or higher cost medications, PTI will use one or a combination of the following to enforce Formulary compliance. (1) NDC lock and block at the point of sale, (2) Formulary filling fee incentives for pharmacists, (3) co-pay differentials for members, (4) on-line Formulary messaging, (5) prior authorization, (6) dollar limits per claim before prior authorization and (7) quantity limitations. The P&T Committee has established Formulary criteria with input from participating physicians and consideration of current medical literature.

## **FORMULARY MODIFICATION/QUESTIONS**

If a physician requests that a new or existing medication be considered for addition to the Formulary, a letter indicating the significant advantages of the drug product over current Formulary medications in this class should be mailed to the following address: Chairman, Pharmacy and Therapeutics Committee • Pharmaceutical Technologies, Inc. • P.O. Box 407 • Boys Town, NE 68010. Or e-mail formulary@pti-nps.com.

## **TIERED FORMULARY CO-PAYMENT STRUCTURE**

This Formulary is divided into four tiers and is color coded to easily identify the status of a particular agent in a therapeutic category on the Formulary. The 1st and 2nd tiers contains generic drugs. All generic medications are included in the formulary as long as they are not excluded by plan benefit parameters. Generic drugs offer an excellent value to the consumer because they are chemically identical to brand drugs but are priced at a fraction of the cost of the corresponding brand drug. The U.S. Food and Drug Administration (FDA) requires that generic drugs provide the same effectiveness and safety as their brand name counterparts. The FDA requires drug manufacturers to show that the generic version enters the bloodstream the same way, contains the same amount of active ingredient, comes in the same dosage form and is taken the same way as the brand name drug. Members will pay the lowest co-payment for generic medications. These agents can be easily identified in the Formulary as the agents in one of the green shaded columns. The 3rd tier contains Preferred Brand Name Medications. These are medications that are still patent protected and may not have generic alternatives available. The P&T Committee has reviewed these medications and found them to either be therapeutically superior, offer a better outcome for the member, or provide the same therapeutic effect, but save the plan sponsor money compared to an agent in the 4th tier. Members will pay the middle co-payment for Preferred Brand Name Medications. These agents can be easily identified in the Formulary as the agents in the yellow shaded column. The 4th tier lists the Non-Preferred Brand Name Medications. These are brand-name drugs that either have equally effective and less costly generic equivalents or may have one or more alternative Preferred Brand Name Medications available in the 3rd tier that provide the same therapeutic effect. You or your doctor may decide that a medication in this category is best for you. If you choose a 4th tier drug, you may be covered at the highest co-payment level, which still represents a significant savings to you compared to the medication's full retail cost. These agents can be easily identified in the Formulary as the agents in the red shaded column. Refer to your benefit materials, or call the PTI/NPS Help Desk telephone number on your ID card, to determine what level of coverage you have for your prescription drugs.

## **FORMULARY ALTERNATIVES**

Suggested therapeutic alternatives are selected drug products that represent options to non-Formulary medications. On-line Formulary messaging gives pharmacists suggested alternatives for non-preferred agents. Formulary alternatives represent opportunities to help the pharmacy benefit plan sponsor keep the benefit affordable and sustainable. In a tiered Formulary, preferred alternatives result in lower co-payments for patients and save plan sponsors benefit dollars. Formulary alternatives require the prescriber's authorization and are recommended only after considering patient-specific disease states, contraindications, therapeutic history, present medications and other relevant circumstances.

## **THERAPEUTIC INTERCHANGE (TI) POLICY**

The use of therapeutic interchange programs as part of a comprehensive approach to quality, cost-effective patient care is recommended. Therapeutic interchange is the practice of replacing, with the prescribing physician's approval, a prescription drug originally prescribed for a patient with a prescription drug that is its therapeutic equivalent. Two or more drugs are considered therapeutically equivalent if they can be expected to produce identical levels of clinical effectiveness and sound medical outcomes in patients. The term therapeutic interchange must be distinguished from the term therapeutic substitution. Therapeutic substitution has been defined as a practice in which the pharmacist can substitute any drug believed by the pharmacist to have a similar therapeutic effect as the drug prescribed, without the approval of the prescriber. Therapeutic interchange involves the collaboration of pharmacists and prescribers in reviewing available drug products with equivalent therapeutic effects in order to provide patients with the safest, most rational, and most cost-effective drug therapy. Therapeutic interchange ensures that prescribers are informed regarding drug therapy options. The prescriber retains the authority to decide upon the patient's ultimate therapy. Therapeutic interchange programs are guided by clinically-based prescribing guidelines that are reviewed by the P&T Committee. However, therapeutic interchange is not always about lower drug costs. Therapeutic interchange often occurs when overall healthcare savings can be achieved. Replacing one drug with a more expensive one may result in fewer treatment failures, better patient adherence to the treatment plan, and fewer side effects. Such efficient use of medical resources helps keep medical costs down, improves the patient's access to more affordable healthcare, and enhances the patient's quality of life. Therapeutic interchange requires the authorization of the prescriber. Therapeutic interchange requires the evaluation of each patient prior to changing the medication order. When possible, therapeutic interchange is prospective. When therapeutic interchange is implemented, it is preferable to provide the therapeutic equivalent medication prior to the first dose of prescribed medication. Conducting the therapeutic interchange prior to administration of the first dose to the patient enhances the efficiency of the program and improves patient acceptance.

## **GENERIC DRUG POLICY**

It is the policy of PTI to utilize high quality generic medications when available. A generic drug is identical, or bioequivalent, to a brand name drug in dosage form, safety, strength, route of administration, quality, performance characteristics, and intended use. Although generic drugs are chemically identical to their branded counterparts, they are typically sold at substantial discounts from the brand name price. It is the policy of PTI to encourage pharmacies to utilize the same generic product that was distributed by the same company that was dispensed on the original prescription on all subsequent refills for the drug product selection. In general, the average price of a generic prescription is anywhere from 30-80% less than the average price of a brand-name drug. Pharmacists may drug product select for a pharmaceutically equivalent (as defined by the FDA Orange Book) when state regulations allow. Otherwise, the pharmacist must get approval from the prescribing physician to use the generic equivalent product. PTI does not recommend that generic substitution be exercised with multi-source products that cannot be considered therapeutically equivalent to others in the same category. It is also recommended that generic substitution not be undertaken for any unrated products that might be considered narrow therapeutic index (NTI) drugs or which are known not to be bioequivalent. Finally, it is important to note that state laws and regulations govern the practice of generic substitution for certain drug products. Requests for exception to the generic policy must clearly document specific reasons for medical necessity and appropriateness.

The formulary is subject to change. Network pharmacies have the most up-to-date formulary information at the time your prescription claim is presented.

As generic products become available, their brand name medication will be moved to the third tier or non-preferred status.

The inclusion of a drug on this list does not imply coverage under all plans.

Medications that have generic equivalents available are covered at a generic reimbursement level and should be prescribed and dispensed in the generic form. Maximum Allowable Cost (MAC) limits have been established for specific dosage forms of these drugs. The MAC list sets a ceiling price for the reimbursement of certain multi-source prescription drugs. This price will typically cover the acquisition of most generics but not branded versions of the same drug. The products selected for inclusion on the MAC list are commonly prescribed and dispensed and have gone through the FDA's review and approval process.

Providers are reminded of the following:

1. When generic substitution conflicts with state regulations or restrictions, the pharmacist must get approval from the prescriber to use the generic equivalent.
2. Pharmacists are reminded that a drug preceded by an asterisk indicates one or more (but not necessarily all) forms of the drug are subject to a Maximum Allowable Cost (MAC), and the MAC list should be consulted.
3. If a member insists on the brand name product for a prescription of a medication included in the MAC list after their physician has approved the generic version, the patient will have to pay the cost difference between the brand name drug and the MAC amount (ancillary charge). The appropriate dispense as written (DAW) code of 2 should be utilized when submitting the prescription claim for reimbursement.

## OVER-THE-COUNTER (OTC) MEDICATIONS

Over-the-counter (OTC) products may be covered and some are listed for informational purposes (when available, non-prescription products may be less costly to the plan than a covered product). If a prescription product is available in the identical strength, dosage form, and active ingredient(s) as an OTC product, the prescription product will not be covered. In these instances, physicians and pharmacists should refer participants to the OTC equivalent product. If the member or physician insists on the prescription equivalent product, the member must pay the entire cost of the prescription.

## OFF-LABEL USE OF MEDICATIONS

The Food and Drug Administration (FDA) has required that drugs used in the United States be both safe and effective. The label information or the package insert of a medication indicates drug use only in certain "approved" doses and routes of administration for a particular condition or disease state. The use of a drug for a disease state or condition not listed on the label, or in a dose or by a route not listed on the label, is considered to be a "non-approved" or "un-labeled" or "off-label" use of the drug. A prior authorization is required when a medication is used outside of its FDA approved route of administration, dosage, or indication. Coverage will be determined in the same manner and subject to the same conditions and limitations as any other prescription drug. Prior authorizations for unlabeled uses of medications may be granted provided that: a) the medication is approved by the FDA; and b) two or more peer-reviewed professional medical journals have recognized, based on scientific medical criteria, the safety and effectiveness of the medication or combination of medications, for treatment of the indication for which the medication has been prescribed unless two articles from major peer-reviewed professional medical journals have concluded, based on scientific or medical criteria, that the drug or combination of drugs is unsafe or ineffective or the safety and effectiveness of the drug or combination of drugs cannot be determined for the treatment of the indication for which the drug or combination of drugs has been prescribed.

## EXPERIMENTAL MEDICATIONS

Any medication or drug that has not been approved by the FDA to be both safe and effective for use in the United States will not be covered. This includes both FDA approved and non-approved medications that are in experimental or investigational trials to determine new indications, new routes of administration, or new dosage forms.

## TABLET SPLITTING

Medications listed in the Formulary in **bold print** represent potential 1/2 tablet opportunities for some strengths. In some instances, cutting higher dosage tablets in half can save as much as 50 percent of the prescription drug cost. Your doctor or pharmacist can tell you if tablet splitting will work for you and if there is a cost savings for the specific medications that you are taking.

## PRIOR AUTHORIZATION

To promote appropriate utilization, selected high-risk or high-cost medications may require prior authorization to be eligible for coverage under the member's prescription drug benefit. The P&T Committee has established prior authorization criteria. In order for a member to receive coverage for a medication requiring prior authorization, the member's physician should contact the customer service center at **1-800-546-5677** to obtain a prior authorization request form. Your physician may then be required to document the reason why a Formulary medication is not acceptable for treatment of your disease state or medical condition. Your physician will want to include in his/her letter your diagnosis and previous therapies that have failed.

## MAINTENANCE AND NON-MAINTENANCE MEDICATIONS

Prescription drug card benefit plans often differ in their plan design. In some plans, the benefits may vary depending upon whether the medication is considered to be an acute or a maintenance medication. Your medication co-pay and the quantity of medication you can receive in a prescription can vary depending upon the status of your medication. **Non-Maintenance (Acute) Medications:** Acute medications are medications that are to be used for a short period of time. This can include medications that are given as a starter dose. A starter dose of medication is a medication that may become a maintenance medication based on its generic name and strength and has not been obtained within the previous six-month period. Medications such as antibiotics or other agents that are given to cure or treat a condition from which recovery is predicted are considered curative treatments and are classified as non-maintenance medications, or a short-term medication.

**Maintenance Medications:** Maintenance medications can also be referred to as long-term medications. The following is the criteria that is used to determine if a medication is a maintenance medication: a) The drug has a low probability for dosage or therapy changes due to side effects, serum drug concentration monitoring, or therapeutic response over a course of prolonged therapy; b) The drug's most common use is to treat a chronic disease state when a therapeutic endpoint cannot be determined. (A drug may have an indication for maintenance therapy but lacks the maintenance drug code if that indication is not the most common use of the drug); c) Therapy with the drug is not considered curative or promoting of recovery; and d) The drug is administered continuously rather than intermittently. The criteria listed above are limited to the typical outpatient use of a drug. Dosage forms that are not practical for large dispensing quantities (such as liquids) or have limited expiration dating are excluded. Drugs known for life-threatening toxicity when taken in overdose may be excluded. Non-drug products and non-prescription drug products, with the exception of insulin (if covered by the plan), are excluded.

## NEW DRUGS INTRODUCED INTO THE CONSUMER MARKET

As the U.S. Food and Drug Administration (FDA) approves new drugs and therapies available to the consumer market after the Plan Summary Documents have been distributed, the Drug Benefit Plan reserves the right to extend or deny coverage to these medications after the printing of this document. The Drug Benefit Plan also reserves the right to assign a unique co-pay or coinsurance to these medications and/or limit the quantities of these medications.

Members will receive notices regarding any Drug Benefit Plan modifications concerning drugs or therapies at such time that they present a prescription that is impacted by modifications to the Formulary. Network pharmacies are charged to communicate these updates or changes to the program which may impact a member. The P&T Committee will review new drugs approved by the FDA on a monthly basis. New products with an FDA designation of IP (FDA priority review – therapeutic advance over currently-marketed drugs) will automatically be considered for addition to the Formulary, even if not requested by a plan. New products with an FDA designation of 1S (FDA standard review – no therapeutic gain over currently marketed drugs) will not generally be considered for addition to the Formulary, unless requested by a plan, or the drug class is currently under review by the P&T Committee. Members wanting to have newly approved therapies considered by the plan may write and/or call the SmartCard<sup>sm</sup> company servicing the plan or may contact the plan administrator.

### STEP THERAPY

Step Therapy is a program especially designed for people who take prescription drugs regularly to treat an ongoing medical condition. The program helps you get the prescription drugs you need, with safety, cost and—most importantly—your health in mind. In Step Therapy, the covered drugs you take are organized in a series of “steps,” with your doctor approving and writing your prescriptions. The program usually starts with generic drugs in the “first step.” These generics—rigorously tested and approved by the U.S. Food & Drug Administration (FDA)—allow you to begin or continue treatment with safe, effective drugs that are also affordable: Your co-payment is usually the lowest with a first-step drug. More expensive brand-name drugs are usually covered in the “second step,” even though the generics covered have been proven to be effective in treating medical conditions. Your doctor is consulted for approval and writes your prescriptions based on the list of Step Therapy drugs covered by the formulary. Step Therapy is developed under the guidance and direction of independent, licensed doctors, pharmacists and other medical experts. They review the most current research on thousands of drugs tested and approved by the Food and Drug Administration for safety and effectiveness. Then they recommend appropriate prescription drugs for the Step Therapy program. The first time you submit a prescription that isn't for a first-step drug, your pharmacist will tell you there's a note on the computer system indicating that our plan uses Step Therapy. This simply means that if you'd rather not pay full price for your prescription drug, your doctor needs to write you a new prescription for a first-step drug. With Step Therapy, more expensive brand-name drugs are usually covered in a later step in the program if you've already tried the “first-step” generic drugs covered in the program, you can't take the “first-step” drug (because of an allergy, for instance), or your doctor decides you need a brand-name drug, for medical reasons. If any one of these applies to you, your doctor can ask for a “prior authorization” for you to take a second-step prescription drug. Once the prior authorization is approved, you pay the appropriate co-payment for this formulary-approved drug. If the prior authorization is not approved, you will need to pay the full price for the drug.

### DISPENSING LIMITATION LIST

The following list represents the P&T Committee recommendations for dispensing or quantity limitations per a specific amount of time. Quantity limit programming has become an acceptable pharmacy plan practice that may be appropriate to place on some medications. The intentions are to safeguard members' health and save plan benefit dollars. This program ensures members do not receive a prescription for a quantity that exceeds recommended plan limits. Limits are set because some medications have the potential to be abused, misused, shared, or have a manufacturer's limit on the maximum dose. These limits have been reviewed by our clinical and medical staff, and the Pharmacy and Therapeutics Committee. The quantity limits are based on FDA approved dosing schedules, current medical practices, evidence based clinical guidelines, and peer-reviewed medical literature related to that particular drug. The inclusion of a medication on this list does not imply coverage under all plans, nor does the inclusion of a dispensing limitation imply that your specific benefit plan also has the same limitation. **Plans may elect their own limitations. Members should consult their prescription drug benefit manual or contact a customer service representative to determine specific coverage and/or inclusion of a medication in the dispensing limitations list, as the list is subject to change.**

PRESCRIPTION DRUG	LIMIT	PRESCRIPTION DRUG	LIMIT	PRESCRIPTION DRUG	LIMIT
Abilify.....	.30 tabs/30 days	Amevive.....	Limited to 18 yrs and older	butorphanol NS.....	2 bottles (2.5 ml ea.)/30 days
Abilify sol.....	.750 ml/30 days	amiodipine.....	.30 tabs/30 days	Butrans.....	4 patches/28 days
Acantha.....	.1 jar/30 days	amiodipine/atorvastatin.....	.30 tabs/30 days	Bydone.....	1 box or 4 trays/28 days
Accolate.....	.60 tabs/30 days	amiodipine/benazepril.....	.30 tabs/30 days	Bytoden.....	.24 ml/30 days
Accuben 0.63 mg.....	.120 vials/30 days	amnesteem.....	30 days/presc. dispensed	Bystolic.....	.60 tabs/30 days
Accuben 1.25 mg.....	.360 vials/30 days	Amrix.....	.30 caps/30 days	Caduet.....	.30 tabs/30 days
Accutane.....	.150 day supply/calendar yr	Amtrinide.....	.30 tabs/30 days	Caldolor.....	.240 vials/30 days
Accutane.....	.30 days/presc. dispensed	anastrozole.....	.30 tabs/30 days	Cambia.....	.9 packets/30 days
Acipex.....	.30 tabs/30 days	Anzemet tabs.....	.10 tabs/presc. dispensed	camrese, camrese lo.....	.91 tabs/91 days
Actifoam.....	.120 sponges/30 days	Aplenzin.....	.30 tabs/30 days	candesartan.....	.30 tabs/30 days
Actiq.....	.120 lozenges/30 days	Apriso.....	.120 caps/30 days	candesartan/HCTZ.....	.30 tabs/30 days
Actoplus Met.....	.60 tabs/30 days	Arcapta.....	.30 caps/30 days	Caprelsa.....	.30 mg 30 tabs/30 days
Actoplus Met XH.....	.60 tabs/30 days	Aricept.....	.30 tabs/30 days	Carperls.....	.100 mg 60 tabs/30 days
Acuvail.....	.30 vials/60 days	Arimidex.....	.30 tabs/30 days	carisoprodol.....	.120 tabs/30 days
Actuzo.....	.30 vials/30 days	Asperex.....	1 bottle/30 days	carisoprodol/ASA.....	.120 tabs/30 days
acyclovir 5% oint.....	.30 gm/30 days	Asterope.....	1 bottle/30 days	Carisoprodol/ASA/Codeine.....	.120 tabs/30 days
Adcirca.....	.60 tabs/30 days	Atacand.....	.30 tabs/30 days	Caseodex.....	.30 tabs/30 days
Advair Diskus.....	1 inhaler (60 blisters)/30 days	Atacand HCT.....	.30 tabs/30 days	Caverject.....	.6 injections/30 days
Advicor.....	.60 tabs/30 days	Atelvia.....	.4 tabs/28 days	Cayston.....	.84 vials/56 days
Aerochamber.....	.1 calendar yr	atorvastatin.....	.30 tabs/30 days	Celebrex.....	.60 caps/30 days
Afinitor.....	.30 tabs/30 days	Avadele.....	.30 tabs/30 days	Cetraflex.....	.14 vials/presc. dispensed
Afluria.....	1 injection/presc. dispensed	Avandamet.....	.60 tabs/30 days	Chantix.....	.60 tabs/30 days
Afluzosin.....	.30 tabs/30 days	Avandaryl.....	.60 tabs/30 days	Cialis.....	.6 tabs/30 days
Agriflu.....	1 injection/presc. dispensed	Avandia.....	.60 tabs/30 days	Cialis 2.5 mg and 5 mg.....	.30 tabs/30 days
albuterol 0.63%	.120 vials/30 days	Avapro.....	.30 tabs/30 days	Cimzia Starter Kit.....	1 kit per 365 days
albuterol 1.25%	.360 vials/30 days	Avelox.....	.14 tabs/presc.	Cimzia.....	.2-200 mg inj or 40 mg/28 days
aller-ease.....	.30 tabs/30 days	Avitene.....	.30 capsules/30 days	claravis.....	.30 days/presc. dispensed
Allegra 60 mg.....	.60 tabs/30 days	Axon.....	.30 capsules/30 days	Clarinet, Clarinex D.....	.30 tabs/30 days
Allegra 12 mg.....	.30 tabs/30 days	Axert 12.5 mg tabs.....	.12 tabs (2 boxes)/30 days	Climara, Climara Pro.....	.4 pieces/30 days
allegra relief.....	.30 tabs/30 days	Axert 6.25 mg tabs.....	.18 tabs (3 boxes)/30 days	clotapeptin.....	.30 tabs/30 days
Alora.....	.8 patches/30 days	Axiron.....	.180 ml/30 days	clozapine.....	.120 tabs/30 days
Altopen.....	.30 tablets/30 days	Bancap-hc.....	.240 caps/30 days	Clozaril.....	.120 tabs/30 days
Aisuma.....	.6 in/30 days	Benzaclin.....	1 unit/30 days	Coartern.....	.24 tabs/30 days
amethia, amethia lo.....	.91 tabs/91 days	Banzel.....	.240 tabs/30 days	Co-gesic.....	.240 tabs/30 days
Amitiza.....	.60 capsules/30 days	Benicar.....	.30 tabs/30 days	Cognex.....	.120 capsules/30 days
Ampyra ER.....	.60 tablets/30 days	Benicar HCT.....	.30 tabs/30 days	colchicine.....	.120 tabs/30 days
Androgel 1.62%.....	.150 gm/30 days	Bepreve.....	.10 ml/30 days	Colcrys.....	.120 tabs/30 days
Androgel 1%–50 mg & Pump.....	.300 gm/30 days	Betaseron.....	.15 vials/30 days	Combivent Respirat.....	1 inhaler/30 days
Androgel 1%–25 mg.....	.75 gm/30 days	Beyaz.....	.28 tabs/20 days	Cometriq.....	.1 kit/28 days
anexia.....	.360 tabs/30 days	bicalutamide.....	.30 tabs/30 days	Complexa.....	.30 tabs/30 days
Antara 130 mg.....	.30 tabs/30 days	Boniva 150 mg.....	.1 tab/28 days	Concerta 18 mg, 27 mg, & 54 mg.....	.30 tabs/30 days
Antara 43 mg.....	.60 tabs/30 days	Boniva 300 mg.....	.1 tabs/28 days	Concerta 36 mg.....	.60 tabs/30 days
Archex.....	.4 vials/30 days	Borogel Elipta.....	.1 ml/30 days	Copaxone.....	.3 kits per 30 days
Avonex.....	.1 inhaler/30 days	Briantex.....	.60 tabs/30 days	Coridian Patch.....	.24/30 days
Alvesco.....	.30 tabs/30 days	Bromday.....	.34 ml/30 days	Coridian Tape.....	.2 rolls/30 days
Ambien.....	.30 tabs/30 days	budeprion XL 150 mg.....	.90 tabs/30 days		
Ambien CR.....	.30 tabs/30 days	budeprion XL 300 mg.....	.60 tabs/30 days		
Amerge 1 mg tabs.....	.18 tabs (2 boxes)/30 days	butal/APAP/caff/codeine.....	.180 caps/30 days		
Amerge 2.5 mg tabs.....	.9 tabs (1 box)/30 days	butal/ASA/caff/codeine.....	.180 tabs/30 days		

continued on next page

PRESCRIPTION DRUG	LIMIT	PRESCRIPTION DRUG	LIMIT	PRESCRIPTION DRUG	LIMIT
Coreg CR.....	30 tabs/30 days	Gelnique.....	30 gm/30 days	Lyrica soin.....	.900 ml/30 days
Cozaar.....	30 tabs/30 days	Gelnique 3%.....	92 gm/30 days	Lysteda.....	30 tabs/30 days
Crestor.....	30 tabs/30 days	Geodon.....	60 capsules/30 days	Magnacet.....	300 tabs/30 days
Cuvposa.....	1419 ml/30 days	Giazo.....	180 tabs/30 days	Margescic.....	240 caps/30 days
CVS allergy relief 60 mg.....	60 tabs/30 days	Giazo.....	Limited to use in males only	Maxat, Maxalt MLT	
CVS allergy relief 180 mg.....	60 tabs/30 days	Glytini.....	30 capsules/30 days	5 mg tab.....	24 tabs (4 boxes)/30 days
CVS famotidine 20 mg.....	30 tabs/30 days	GNP antihist. relief.....	30 tabs/30 days	10 mg tabs.....	12 tabs (2 boxes)/30 days
cyclobenzaprine ER.....	30 caps/30 days	GNP lansoprazole.....	30 tabs/30 days	Maxidone.....	150 tabs/30 days
Cymbalta 20 mg.....	.90 capsules/30 days	Gralise 300mg.....	180 tab/30 days	medroxyprogesterone.....	1 injection/90 days
Cymbalta 30 mg.....	.30 capsules/30 days	Gralise 600mg.....	90 tab/30 days	Mekinst.....	30 tabs/30 days
Cymbalta 60 mg.....	.30 capsules/30 days	granisetron.....	10 tabs/presc. dispensed	methylphenidate ER 18, 27, 54 mg.....	30 tabs/30 days
Daliresp.....	.30 tabs/30 days	Helistat.....	120 sponges/30 days	methylphenidate ER 36 mg.....	60 tabs/30 days
Daytrana.....	.30 patches/30 days	Heptera.....	30 tabs/30 days	Metozolv.....	120 tabs/30 days
Dexarelix.....	1 injection/30 days	HM hexofenadine 60 mg.....	60 tabs/30 days	Micardis.....	30 tabs/30 days
Denavir.....	.5 gms/30 days	HM hexofenadine 180 mg.....	30 tabs/30 days	Micardis HCT.....	30 tabs/30 days
Depo-Provera.....	1 injection/90 days	Horizant.....	30 tabs/30 days	Migranal Nasal Spray.....	16 sprays (2 boxes)/30 days
desloratadine.....	.30 tabs/30 days	Humira 20 mg.....	.8 injections/30 days	Mirapex.....	90 tabs/30 days
Detroil LA.....	.60 tabs/30 days	Humira 40 mg.....	.4 injections/30 days	Mirapex ER.....	90 tabs/30 days
Dextlanol.....	.30 capsules/30 days	hydrocodone.....	.240 caps/30 days	Mitratizine.....	1 treatment/30 days
Dextrelanol.....	.30 caps/30 days	hydrocodone/APAP.....	not to exceed 400 mg/day	modafinil 100 mg.....	120 tabs/30 days
Diapeptic Test Strips, Landau, Syringes.....	800 units/2 mo. period	hydrocodone/APAP soln.....	3600 ml/30 days	modafinil 200 mg.....	60 tabs/30 days
Diclegis.....	120 tabs/30 days	Hydrogesic.....	240 caps/30 days	montelukast.....	30 tabs/30 days
Diovan.....	.30 tabs/30 days	Hyzaar.....	30 tabs/30 days	morphine ER.....	60 caps/30 days
Docefrez.....	1 box or 5 bottles/30 days	Iclusig.....	30 tabs/30 days	Moxeza.....	.3 ml/30 days
Dolacet.....	.240 caps/30 days	Ilaris.....	1 vial/60 days	Mutlag.....	60 tabs/30 days
Dolacet Forte.....	.240 caps/30 days	Ilevro.....	.17 mL/14 days	Muse.....	.6 inserts/30 days
donepezil.....	.30 tabs/30 days	Imritex 25 mg tabs.....	.18 tabs (2 boxes)/30 days	Namenda.....	60 tabs/30 days
Diovan HCT.....	.30 tabs/30 days	Imritex 50 mg tabs.....	.18 tabs (2 boxes)/30 days	Namenda XR.....	30 tabs/30 days
Duetact.....	.30 tabs/30 days	Imritex 100 mg tabs.....	.9 tabs (1 box)/30 days	naratriptan 1 mg.....	18 tabs/30 days
Duxies.....	.90 tabs/30 days	Imritex Injection.....	.3 kits (6 injections)/30 days	naratriptan 2.5 mg.....	.9 tabs/30 days
Duleria.....	1 inhaler/30 days	Imritex Nasal Spray.....	.12 sprays (2 boxes)/30 days	Natazia.....	28 tabs/28 days
Duragesic.....	10 patches/30 days	Incivek.....	.180 tabs/30 days for 12 weeks	nateglinide.....	90 tabs/30 days
Durezol.....	.5 mL/30 days	Infergen.....	.12 vials or syringes/30 days	Neogliben.....	1 treatment/30 days
Dymista.....	.1 bottle/30 days	Ingra.....	.60 tabs/30 days	Nesina.....	.30 tabs/30 days
Edarbi.....	.30 tabs/30 days	Intelence.....	.120 tabs/30 days	next choice.....	1 treatment/calender yr
Edarbyclor.....	.30 tabs/30 days	Intermezzo.....	.20 tabs/30 days	Neulasta.....	2 syringes/30 days
Edex.....	.5 injections/30 days	Intermezzo.....(1.75 mg) Limited to use in females only		Neumege.....	.21 vials/30 days
Edluar.....	.30 tabs/30 days	Intermezzo.....(3.5 mg) Limited to use in males only		Nexium.....	.30 capsules/30 days
Edurant.....	.30 tabs/30 days	Introvate.....	.91 tabs/91 days	Niaspan.....	.60 tabs/30 days
Effexor XR 37.5 mg.....	.30 tabs/30 days	Intuniv.....	.30 tabs/30 days	Norno.....	.360 tabs/30 days
Effexor XR 75 mg.....	.90 tabs/30 days	Invega 3 mg & 9 mg.....	.30 tabs/30 days	Norvasc.....	.30 tabs/30 days
Effexor XR 150 mg.....	.60 tabs/30 days	Invega 6 mg.....	.60 tabs/30 days	Noxafil.....	Limited to 13 yrs and older
Effient.....	.30 tabs/30 days	Invokana.....	.30 tabs/30 days	Nucynta.....	.180 tabs/30 days
Eldel Cream.....	.30 gms/presc. dispensed	I-port.....	.1 box/30 days	Nucynta ER.....	.60 tabs/30 days
Elquis.....	.60 tabs/30 days	irbesartan.....	.30 tabs/30 days	Nuvaring.....	.1/30 days
Emend.....	5 tabs/presc. dispensed	irbesartan/HCTZ.....	.30 tabs/30 days	Nuvigil.....	.30 tabs/30 days
Ensmap.....	.30 patches/30 days	Irsatell.....	.60 tabs/30 days	obetipine.....	.30 tabs/30 days
Enoplex.....	.30 tabs/30 days	Isentress.....	.60 tabs/30 days	clonazepam/fluoxetine.....	.30 tabs/30 days
Enreibl 25 mg.....	.18 injections/30 days	Isentress 25 mg chew.....	.120 tabs/30 days	Oleptro.....	.30 tabs/30 days
Enreibl 50 mg.....	.8 injections/30 days	Isentress 100 mg chew.....	.180 tabs/30 days	Omacor.....	.120 caps/30 days
Endo-Avitene.....	.120 sheets/30 days	itraconazole.....	.90 days supply/calendar yr	Omeclamox.....	1 box/year
Endocet 7.5/500.....	.240 tabs/30 days	Jalyn.....	.30 capsules/30 days	omeprazole.....	.60 capsules/30 days
Endocet 5/325.....	.360 tabs/30 days	Jakafi.....	.60 tabs/30 days	omeprazole/sod bicarb.....	.30 caps/30 days
Endocet 10/650.....	.180 tabs/30 days	Janumet.....	.60 tabs/30 days	Omranis.....	2 inhalers/30 days
Endocet 7.5/325.....	.360 tabs/30 days	Janumet XR.....	.30 tabs/30 days	ondansetron ODT tabs.....	.90 tabs/30 days
Endocet 10/325.....	.360 tabs/30 days	Januvia.....	.30 tabs/30 days	ondansetron tabs.....	.90 tabs/30 days
exoxaparin.....	.60 syringes/30 days	jolesella.....	.91 tabs/91 days	ondansetron soln.....	.100 mL/ml/presc. dispensed
Epiduo.....	.90 gms/30 days	Jentadueto.....	.60 tabs/30 days	Onglyza.....	.30 tabs/30 days
Epinip, Epipen Jr.....	.2 pens/30 days	Juxtapid.....	.90 caps/30 days	Onsols.....	.30 films/30 days
Epiriv HBV.....	.30 tabs/30 days	Kadian.....	.60 capsules/30 days	Oral Contraceptives.....	Limited to use in females only
epinephrine.....	.60 tabs/30 days	Kalydeco.....	.10 tabs/30 days	Oravigr.....	.14 tabs/presc. dispensed
EQ allergy relief.....	.30 tabs/30 days	Kapvay.....	.60 tabs/30 days	Osberg Eye.....	.1 drops/20 days
EQL aller-ease.....	.30 tabs/30 days	Kazando.....	.60 tabs/30 days	Oseni.....	.30 tabs/30 days
Erectile Dysfunction Drugs.....	Limited to use in males only	Keppra XR 500mg.....	.180 tabs/30 days	Osphena.....	.30 tabs/30 days
Erectile Dysfunction Drugs (Cialis, Levitra, Viagra).....	Combined limit of 6 tabs/30 days	Keppra XR 750mg.....	.120 tabs/30 days	Oxtellar XR.....	.120 tabs/30 days
Erivedge.....	.30 caps/30 days	Ketek.....	.20 tabs/presc. dispensed	oxycodeone/APAP.....	not to exceed 4000 mg of APAP/day
escalatolopram.....	.30 tabs/30 days	ketorolac tabs.....	.20 tabs/calender yr		
escalatolopram soln.....	.620 mL/30 days	KLS aller-fex.....	.30 tabs/30 days	oxycodeone ER.....	.120 tabs/30 days
Estring.....	1 ring/90 days	Kineret.....	.3 syringes/30 days	Oxycontin.....	.120 tabs/30 days
Evamist.....	.1 box/30 days	Kombiglyze XR.....	.60 tabs/30 days	Oxytrol.....	.8 patches/30 days
Evista.....	.30 tabs/30 days	KP fenoxadine 60 mg.....	.60 tabs/30 days	pantoprazole.....	.30 tabs/30 days
Exalgo.....	.60 tabs/30 days	KP fenoxadine 180 mg.....	.30 tabs/30 days	paroxetine CR.....	.60 tabs/30 days
Exalgo.....	.60 tabs/30 days	Kynamro.....	.4 inj/28 days	Patanase.....	.1 bottle/30 days
Exelon Patch.....	.30 patches/30 days	Kytril.....	.10 tabs/presc. dispensed	Paxil CR.....	.60 tabs/30 days
Exforge.....	.30 tabs/30 days	Lamisil tabs.....	.90 days supply/calendar yr	Pegaptanib.....	.80 mg/30 days
Exforge HCT.....	.30 tabs/30 days	lansoprazole.....	.30 caps or ODT/30 days	Pegasyn.....	.4 syringes/vial/30 days
Extavia.....	.15 vials/30 days	latanoprost.....	.5 mL/30 days	Pennsaid.....	.150 mL/30 days
Eylea.....	.05 mL/28 days	Latisse.....	.3 mL/30 days	Pentasa 250 mg.....	.120 caps/30 days
Factive.....	.7 tabs/30 days	Latuda.....	.30 tabs/30 days	Pentasa 500 mg.....	.240 caps/30 days
Fanapt.....	.60 tabs/30 days	Lescol XL.....	.60 capsules/30 days	Percocet 2.5, 5, 10/325 mg.....	.360 tabs/30 days
fenofibrate micro.....	.30 caps/30 days	levetiracetam ER 500 mg.....	.180 tabs/30 days	Percocet 7.5/500.....	.240 tabs/30 days
fenofibrate.....	.30 tabs/30 days	levetiracetam ER 750 mg.....	.120 tabs/30 days	Pexeva 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg.....	.30 tabs/30 days
fenofibrate acid.....	.30 caps/30 days	levofloxacin.....	.14 tabs/presc. dispensed	Phrosylia.....	.1800 mL/ml/presc. dispensed
fentanyl.....	.120 lollipops/30 days	Lefatinis.....	.30 tabs/30 days	Phrenelina/caffeine.....	.180 caps/30 days
Femtor.....	.120 tabs/30 days	Liquaquin.....	.60 tabs/30 days	Picato.....	.3 tubes of 0.015%/presc. dispensed
fenofenadine 30 mg & 60 mg.....	.60 tabs/30 days	Loprin.....	.30 tabs/30 days	Picato.....	.2 tubes of 0.05%/presc. dispensed
fenofenadine 180 mg.....	.60 tabs/30 days	Lopruzel.....	.6 tabs/30 days	pioglitazone.....	.30 tabs/30 days
Fibrinor.....	.30 tabs/30 days	Lovista.....	.30 tabs/30 days	pioglitazone/glimepiride.....	.30 tabs/30 days
finasteride.....	.30 tabs/30 days	Lofibra.....	.30 caps/30 days	pioglitazone/metformin.....	.60 tabs/30 days
finasteride.....	Limited to use in males only	LorLoestri Fe.....	.28 tabs/20 days	Plan B.....	.1 treatment/calender yr
Floricit/codeine.....	.180 caps/30 days	Loret 10/650.....	.180 tabs/30 days	Pneumovax.....	.1 injection/presc. dispensed
Flectot.....	.60 patches/30 days	Lortab.....	.30 tabs/30 days	Polygesic.....	.240 caps/30 days
Flomax.....	.66 capsules/30 days	Lortab/120 mg.....	.30 tabs/30 days	Potiga.....	.120 mg/30 days
fluvastatin.....	.60 caps/30 days	Losartan/HCTZ.....	.30 tabs/30 days	Pradaxa.....	.60 capsules/30 days
Fluvalaval.....	1 in/presc. dispensed	LuSeconique.....	.91 tabs/30 days	pramipexole.....	.90 tabs/30 days
Fluvirin.....	1 inj/calender year	Lotrel.....	.30 tabs/30 days	Prandimet.....	.60 tabs/30 days
Flumist.....	1 treatment/presc. dispensed	Lotronex.....	.60 tabs/30 days	Prandim.....	.240 tabs/30 days
fluvoxamine ER.....	.30 caps/30 days	Lovaza.....	.120 capsules/30 days	Pravachol.....	.30 tabs/30 days
Fluzone intradermal.....	.1 inj/ presc. dispensed	Lovenox.....	.60 syringes/30 days	pravastatin.....	.30 tabs/30 days
Foradil.....	1 inhaler (60 capsules)/30 days	Lumigan.....	.5 mL/30 days	Pregnyl.....	.3 vials/30 days
Forfivo XL.....	.30 caps/30 days	Lunesta.....	.30 tabs/30 days	Proacid.....	.60 tabs/30 days
Fortamet.....	.120 gm/30 days	Luvox CR.....	.30 caps/30 days	Prilosec.....	.60 caps/30 days
Fragmin 2500 U.....	.12 syringes/30 days	Lyrica.....	.120 capsules/30 days	Pristine.....	.30 tabs/30 days
Fragmin 5000 U.....	.18 syringes/30 days			ProAir HFA.....	.2 inhalers/30 days
Fragmin 10,000 & 25,000 U.....	.60 syringes/30 days			ProCrict 2000, 3000, 4000 unit only.....	.12 days/30 days
Frova 2.5 mg tabs.....	.18 tabs (2 boxes)/30 days			Profasi.....	.3 vials/30 days
Fulyzaq.....	.60 tabs/30 days	Prolensa.....	.1 bottle/presc. dispensed	Promacta.....	.90 tabs/30 days
galantamine ER.....	.30 caps/30 days			Proscar.....	.30 tabs/30 days
Gardasil.....	Limited to females 13-26 yrs of age			Protonix.....	.30 tabs/30 days
				Provrent HFA.....	.2 inhalers/30 days
				Provigil 100 mg.....	.120 tabs/30 days

PRESCRIPTION DRUG	LIMIT	PRESCRIPTION DRUG	LIMIT	PRESCRIPTION DRUG	LIMIT
Provigil 200 mg.....	60 tabs/30 days	Soma compound/codeine.....	120 tabs/30 days	valsartan/HCTZ.....	30 tabs/30 days
Pulmicort Respules.....	60 ampules/30 days	Sonata tabs.....	30 tabs/30 days	Vatunam.....	30 tabs/30 days
Pulmozyme.....	30 ampules/30 days	Sorin.....	120 tabs/30 days	Venacept.....	240 tabs/30 days
Nasal.....	1 bottle/30 days	sotret.....	30 days/presc. dispensed	vandetanib 100 mg.....	60 tabs/30 days
Qualaquin.....	42 caps/365 days	Spiriva.....	1 inhaler (30 capsules)/30 days	vandetanib 300 mg.....	30 tabs/30 days
quasense.....	91 tabs/91 days	Sporanox.....	90 day supply/calender year	Vascera.....	120 caps/30 days
quetiapine.....	60 tabs/30 days	Sprix.....	5 bottles/30 days	Veltin.....	30 grams/30 days
Quillivant XR.....	360 mg/30 days	Stadol NS.....	2 bottles (2.5 ml each)/30 days	venlafaxine ER 37.5 mg.....	30 caps/30 days
Quenza.....	4 patches/84 days	Stagesic.....	240 caps/30 days	venlafaxine ER 75 mg.....	90 caps/30 days
RA allergy relief.....	30 tabs/30 days	Starlix.....	90 tabs/30 days	venlafaxine ER 150 mg.....	60 caps/30 days
RA lansoprazole.....	30 caps/30 days	Staxyn.....	6 tabs/30 days	Ventolin HFA.....	2 inhalers/30 days
RA omeprazole/sod bicarb.....	30 caps/30 days	Stivarga.....	84 tabs/28 days	Vergenin oin.....	.15 gm/30 days
Ranexa.....	120 tabs/30 days	Strattera.....	60 capsules/30 days	Vesicare.....	30 tabs/30 days
Rapaflo.....	30 caps/30 days	sumatriptan.....	3 kits (6 inj)/30 days	Vigrad.....	6 tabs/30 days
Raptiva.....	Limited to 18 yrs and older	sumatriptan 100 mg.....	3 tabs/30 days	Vicodin 5/500.....	240 tabs/30 days
Rebil.....	30 tabs/30 days	sumatriptan 25 and 50 mg.....	10 tabs/30 days	Vicodin HF.....	100 tabs/30 days
Regranex.....	15 gms/presc. dispensed	sumatriptan NS.....	12 sprays (2 sprays/30 days)	Vicodin ES.....	150 tabs/30 days
Relenza.....	1 treatment every 180 days	Suprenza.....	.6 injections/30 days	Victoza.....	3 pens/30 days
Relistar.....	2 kits or 15 vials/30 days	Sylatron.....	4 springs/30 days	Viibryd.....	30 tabs/30 days
Relpax 20 mg.....	12 tabs/30 days	Symbicort.....	.1 inhaler/30 days	Vimovo.....	60 tabs/30 days
Relpax 40 mg.....	6 tabs/30 days	Sympbyx.....	30 capsules/30 days	Vipmat.....	60 tabs/30 days
repaglinide.....	240 tabs/30 days	Symlin Pen 60.....	1 pack or 3 ml/30 days	Viramune XR.....	30 tabs/30 days
Requip XL.....	30 tabs/30 days	Symlin Pen 120.....	1 pack or 5.4 ml/30 days	Voltaren Gel.....	960 gm/30 days
Restasis.....	60 vials/30 days	Tafinlar.....	120 caps/30 days	Vytori.....	30 tabs/30 days
Revatio.....	90 tabs/30 days	Tamiflu.....	.1 treatment every 180 days	wal-fex allergy 60 mg.....	60 tabs/30 days
Risperdal 4mg.....	120 tabs/30 days	Tamiflu susp.....	.75 mL/180 days	wal-fex allergy 180 mg.....	30 tabs/30 days
Risperdal all strengths except 4 mg.....	60 tabs/30 days	tamsulosin.....	60 caps/30 days	Wellbutrin XL 150 mg.....	90 tabs/30 days
risperidone 4 mg.....	120 tabs/30 days	Tarka.....	.30 tabs/30 days	Wellbutrin XL 300 mg.....	60 tabs/30 days
risperidone all strengths except 4 mg.....	60 tabs/30 days	Tasigna.....	90 tabs/30 days	Xalatan.....	.5 mL/30 days
Rituxan LA.....	60 capsules/30 days	Tecfidera.....	.30 tabs/30 days	Ketek.....	60 tabs/30 days
rivaroxaban.....	60 caps/30 days	Teflaro.....	.30 vials/30 days	Ketoconzo.....	30 tabs/30 days
rizatriptan, rizatriptan ODT.....	5 mg tabs.....	Tekturna.....	30 tabs/30 days	Xejiganz.....	60 tabs/30 days
rizatriptan, rizatriptan ODT.....	24 tabs/30 days	Tekturna HCT.....	30 tabs/30 days	Xereze.....	.5 gm/30 days
10 mg tabs.....	12 tabs/30 days	Terazol 3.....	1 tube/30 days	zafirlukast.....	60 tabs/30 days
ropinirole ER.....	30 tabs/30 days	Terazol 7.....	1 tube/30 days	zaleplon.....	30 tabs/30 days
Roxicet 5/325.....	360 tabs/30 days	Tekamilo.....	30 tabs/30 days	Zazole.....	1 tube/30 days
Roxicet 5/500.....	240 tabs/30 days	terbinafine tabs.....	.90 days supply/calender yr	Zegerid capsules/powder.....	.30 days
Rybix ODT.....	240 tabs/30 days	terconazole 3.....	1 tube/30 days	Zetia.....	30 tabs/30 days
Ryzolt.....	30 tabs/30 days	terconazole 7.....	1 tube/30 days	Zelbраф.....	240 tabs/30 days
Sabril.....	180 tabs/30 days	TBTI.....	.30 tabs/30 days	Zetonna.....	1 bottle/30 days
Safely.....	180 tabs/30 days	Tobradex ST.....	.5 mL/30 days	Ziana.....	.30 gm/30 days
Samacea.....	60 tabs/30 days	Tobradex eye.....	.60 tabs/30 days	ziprasidone.....	.60 caps/30 days
Sanctura.....	60 tabs/20 days	Toradol.....	.20 tabs/30 calendar yr	Zocor.....	120 caps/30 days
Sanctura XR.....	.30 capsules/30 days	Toviaz.....	.30 tabs/30 days	Zofran ODT tabs.....	.90 tabs/30 days
Sancuso.....	4 transdermal patches/30 days	Tradienta.....	.30 tabs/30 days	Zofran tabs.....	.90 tabs/30 days
Santyl.....	.30 grams/presc. dispensed	tramadol.....	.240 tabs/30 days	Zofran sohn.....	.100 mL/presc. dispensed
Saphris.....	60 sublingual tabs/30 days	tramadol ER.....	.30 tabs/30 days	zolmitriptan 2.5 mg.....	12 tabs/30 days
Savella.....	60 tabs/30 days	tramadol/APAP.....	.240 tabs/30 days	zolmitriptan 5 mg.....	.6 tabs/30 days
Seasonale.....	91 tabs/91 days	trandolopril/verapamil.....	.30 tabs/30 days	zolpidem.....	.30 tabs/30 days
Seasonique.....	91 tabs/91 days	tranexamic acid.....	.30 tabs/30 days	Zolpimid.....	.30 tabs/30 days
Serevent Diskus.....	1 inhaled (60 blisters)/30 days	Transderm SCOP.....	.10 patches/30 days	Zomig Nasal Spray.....	.12 sprays (2 boxes)/30 days
Seroquel.....	60 tabs/30 days	Travatan Z.....	.5 mL/30 days	Zomig, Zomig ZMT.....	.25 mg tabs.....
Seroquel XR.....	60 tabs/30 days	Treximet.....	.9 tabs/30 days	.12 tabs (2 boxes)/30 days	
silfenadil 20 mg.....	90 tabs/30 days	Tribenzer.....	.30 tabs/30 days		
Silex.....	120 mg/30 days	Tricor.....	.30 tabs/30 days		
Simirizna .....	1 ampule/30 days	Triglide.....	.30 tabs/30 days		
Simcor.....	60 tabs/30 days	Triptix.....	.30 tabs/30 days		
simvastatin.....	30 tabs/30 days	trospium.....	.60 tabs/30 days		
Singular.....	.30 tabs/packets/30 days	trospium er.....	.30 caps/30 days		
Singular Chewables.....	Limited to 15 yrs and under	Tylox.....	.240 caps/30 days		
Skeldil.....	.60 tabs/30 days	Uceris.....	.30 tabs/30 days		
Sklice.....	.120 mL/7 days	Ulesfia.....	.1362 mL/30 days		
SM fexofenadine 60 mg.....	60 tabs/30 days	Uloric.....	.30 tabs/30 days		
SM fexofenadine 180 mg.....	30 tabs/30 days	Ultran ER.....	.30 tabs/30 days		
Solaraze.....	.100 gm/30 days	Ultran/Ultracet.....	.240 tabs/30 days		
Soma.....	.120 tabs/30 days	Uroxatral.....	.30 tabs/30 days		
Soma compound.....	.150 tabs/30 days	valsartan.....	.30 tabs/30 days		

Any member with a request exceeding the current quantity limits should have a letter from their healthcare provider. The letter should include diagnosis, reason for exceeding the quantity limit per month, and what the therapy plan will be for the member (i.e. tapering schedule). In most cases, the quantity limits we have selected are set to maximum dosages and should not be exceeded according to the current manufacturer's recommendations. Prior authorizations for quantity limits exceeding the guidelines will be issued for 6-month intervals and will require a new letter from the member's healthcare provider at the end of the 6-month period.

Cualquier miembro con una petición superior a los límites de volumen actual debe tener una carta de su proveedor de atención médica. La carta debe incluir el diagnóstico, razón por exceder el límite de cantidad al mes, y lo que el plan de tratamiento será por el miembro (es decir, disminuyendo el horario). En la mayoría de los casos, los límites de volumen que ha seleccionado se establecen en dosis máxima y no debe ser superado de acuerdo a las recomendaciones del fabricante actual. Antes de las autorizaciones de los límites de cantidad superior a las directrices se publicarán en intervalos de 6 meses y requerirá una nueva carta del proveedor de atención médica afiliado al final del período de 6 meses.

## MEMBER BILL OF RIGHTS

In an effort to recognize the member's rights with respect to healthcare providers, products and pharmacy service, National Pharmaceutical Services (NPS) has adopted the following Member Bill of Rights.

### A MEMBER'S RIGHTS INCLUDE, BUT ARE NOT LIMITED TO THE FOLLOWING:

- To exercise the foregoing rights without regard to age, sex, marital status, sexual orientation, race, color, religion, ethnicity, ancestry, national origin, mental or physical disability, genetic information, health status, source of payment, or utilization of services.
- To be treated with respect and recognition of their dignity and need for privacy.
- To have their prescriptions dispensed and pharmacy services provided from their choice of pharmacy providers in the NPS network. Subject to plan network limitations and restrictions.
- To know the terms and conditions of their prescription drug benefit plan, the content of preferred drug lists, and the procedures for obtaining exemptions or prior authorizations.
- To receive any legally prescribed product, realizing this may require them to bear the expense of such a choice.
- To ask for and receive any supplier's product that will legally fulfill a generically written prescription.
- To obtain relevant, current, and understandable information concerning their medication therapy and its relevance in the treatment plan from their healthcare provider.
- To discuss and request information related to their specific prescribed medication, the possible adverse side effects, and drug interactions.
- To expect that all records and discussions pertaining to their drug therapy will be treated as confidential.
- To expect that their specific information regarding pharmaceutical medications will not be extracted, provided, or sold to outside parties without their informed and expressed written consent.
- To have the opportunity to voice complaints or appeals about NPS, or the care provided at NPS Network Pharmacy Providers, and to an appeals process to ensure fair resolution of a complaint or grievance.

The formulary is subject to change. Network pharmacies have the most up-to-date formulary information at the time your prescription claim is presented.

As generic products become available, their brand name medication will be moved to the third tier or non-preferred status.

The inclusion of a drug on this list does not imply coverage under all plans.

## A MEMBER'S RESPONSIBILITIES INCLUDE, BUT ARE NOT LIMITED TO THE FOLLOWING:

- Knowing, understanding and abiding by the terms, conditions and provisions of the NPS-administered prescription drug benefit plan. This information is made available through the Plan Summary Document.
- Paying co-payments, coinsurance, or deductibles as stated in the Plan Summary Document at the time service is provided and accepting financial obligations for services rendered.
- Being knowledgeable about their prescription drug therapy, including risks and limitations.
- Complying with their prescribed drug therapy regimen and maintaining a healthy lifestyle.
- Disclosing relevant information that is necessary for appropriate selection of drug therapy including health status, lifestyle, food and drug allergies, and medication history.
- To participate effectively in decision making, members must take responsibility for requesting information or clarification about the drugs they are taking when they do not fully understand information and instructions.
- To accept personal responsibility if they refuse treatments, medications, or services.
- Carrying their NPS Network SmartCard™ identification card and identifying themselves as a SmartCard holder prior to receiving pharmaceutical products and/or services.

# EN ESPAÑOL

## INTRODUCCIÓN

Para la información más reciente de National Pharmaceutical Services® / Pharmaceutical Technologies, Inc.® (PTI®) formulario (el formulario), por favor consulte la información de formulario en nuestra página web [www.pti-nps.com](http://www.pti-nps.com). Este formulario incluye la mayoría, pero no todas, las clases terapéuticas de los medicamentos recetados y está sujeta a cambios en cualquier momento mediante la revisión por PTI. Nuestro Formulario Nacional se revisa cada trimestre por un comité de Farmacia y Terapéuticos (P&T). El formulario sólo se aplica a los medicamentos recetados para pacientes ambulatorios dispensados por las farmacias participantes. No se aplica a los medicamentos de hospitalización o medicamentos obtenidos a partir de y / o administrados por un médico. Toda la información en el formulario se proporciona como una referencia para la selección de la terapia de drogas. Los médicos y los farmacéuticos se les anima a revisar el formulario y utilizarlo cuando se prescriba para nuestros miembros. Esto es extremadamente importante, ya que benefician a un miembro de la receta se basa en medicamentos que se prescriben en el formulario. El formulario no pretende interferir con el juicio médico independiente que se basa en la relación médico-paciente. La elección final de selección de medicamentos específicos para un paciente individual depende únicamente del prescriptor. Productos en el formulario no incluye todas las concentraciones o formas de administración asociados con el producto de marca. Todos los medicamentos incluidos en el formulario no están necesariamente cubiertos por el plan de medicamentos recetados a cada miembro de beneficios sociales. **La inclusión de un medicamento en esta lista no implica la cobertura de todos los planes. La cobertura de los productos señalados estarán sujetos a las limitaciones del diseño del plan de beneficios de farmacia. Los miembros deben consultar su manual de beneficios de medicamentos recetados o comuníquese con un representante de servicio al cliente para determinar la cobertura específica.**

## DESARROLLO DEL FORMULARIO DE DROGAS

La gran cantidad de medicamentos disponibles en el mercado de consumo hace que sea obligatorio que los planes de introducir un programa racional de uso de drogas. Esta herramienta se ha desarrollado para asegurar que los miembros reciban la mejor atención y protección posible de una manera costo-efectiva. Dicho programa debe incluir la evaluación a fondo, la selección y el uso de agentes medicinales. Esta es la base para la terapia racional de los medicamentos. El concepto de un formulario proporciona un método para alcanzar la terapia racional de los medicamentos de una manera costo-efectiva, mientras que proporciona óptimos resultados terapéuticos para el miembro. El formulario es la piedra angular de la garantía de calidad de los medicamentos de terapia y los esfuerzos de contención de costos. Un formulario apoya y maximiza la eficacia de la prescripción de pautas y protocolos para la terapia. Como tal, el desarrollo y mantenimiento del Formulario es necesariamente una en curso y el proceso dinámico.

El formulario es una recopilación de los medicamentos revisados continuamente, lo que refleja el juicio clínico actual de la Comisión de Farmacia y Terapéutica, ya que evaluar, y seleccionar entre los numerosos agentes disponibles medicamentos y formas farmacéuticas que se consideran más útiles en la atención al paciente. El comité de P & T considera los datos científicos publicados y clínicos, guías de tratamiento, aprobado por la FDA las indicaciones, la utilización del plan y el costo en el proceso de selección. Es el objetivo final del Comité de P & T para que el formulario completo, proactivo, y fácil de usar.

## LEY DE PARIDAD DE SALUD MENTAL

La Ley Paridad de Salud Mental y Contra la Adicción de Igualdad referida como (MHPEA) de 2008 y sus reglas finales provisional que corresponden requiere que la administración de la salud mental y los medicamentos de abuso de sustancias sigan el mismo enfoque de desarrollo y las normas como los medicamentos para tratar otros síntomas.

El formulario (NPS) ha subdividido la clasificación de medicamentos recetados en niveles, y se aplica el requisito de la paridad en general por separado para cada nivel de beneficios de medicamentos recetados. Para los planes que imponen los diferentes niveles de las necesidades financieras de los distintos niveles (es decir, un plan de beneficios en niveles) de los medicamentos recetados, estos factores se basan en factores razonables (tales como el costo, la eficacia, nombre genérico de la marca contra, y frente a la farmacia de pedidos por correo de recogida ), y se determina de acuerdo con los requisitos para las limitaciones del tratamiento no cuantitativa, y sin tener en cuenta si un medicamento se prescribe generalmente con respecto a médico / quirúrgico o beneficios de salud mental o beneficios de abuso de sustancias. Como la estructura y niveles de del formulario (NPS) se desarrolla lo mismo con los mismos principios aplicados a todas las categorías de la medicación, sin criterio preciso diferenciar los medicamentos de salud mental, y no requiere unos requisitos más restrictivos para los medicamentos prescritos para las condiciones de salud mental y abuso de sustancias que cualquier otro de medicina general / de consumo de drogas quirúrgica, el (NPS) en el formulario es el cumplimiento del presente Reglamento.

## COMITÉ DE FARMACIA Y TERAPÉUTICOS (P&T)

El Comité de P & T incluye médicos y farmacéuticos. Ellos deben cumplir con las normas de la política de ética establecidos por el Comité P & T. A la revisión de los medicamentos en cada clase terapéutica de eficacia, reacciones adversas, y el costo del tratamiento, a continuación, seleccione los agentes en cada categoría para la inclusión / exclusión en el formulario. El mantenimiento del Formulario es un proceso dinámico, y nuevos medicamentos y la información relativa a los medicamentos existentes son continuamente revisados por el Comité P & T.

## **CRITERIOS DE SELECCIÓN DE PRODUCTOS**

Cuando un nuevo medicamento es considerado para su inclusión formulario, se intentará examinar las drogas en relación con las drogas similares actualmente en el formulario. Además, todas clases terapéuticas son revisados periódicamente. El proceso de revisión de clase puede dar lugar a la supresión o no-Formulario (NF) el estado de la droga (s) en una clase terapéutica particular, en un esfuerzo por promover continuamente la mayoría de los agentes clínicamente útil y costo efectivo.

Un factor central en la gestión exitosa del formulario es la revisión y evaluación de los productos farmacéuticos disponibles en el mercado de consumo y un medio para realizar cambios en el formulario en respuesta a las terapias de cambio y los factores económicos. El Comité P & T utiliza el siguiente criterio en la evaluación de selección de productos para el formulario:

- a) El medicamento debe demostrar la seguridad inequívoca para uso médico.
- b) El medicamento debe ser eficaz y ser médicamente necesarios para el tratamiento, el mantenimiento o la profilaxis de una enfermedad médica.
- c) El medicamento no tiene agentes alternativos / similar en el formulario que puede ser sustituido.
- d) El medicamento debe demostrar un resultado terapéutico.
- e) La comunidad médica debe aceptar el medicamento para su uso.
- f) El producto farmacéutico debe tener una relación equitativa de los costos para el tratamiento de la enfermedad médica.

Para promover la utilización más adecuada de riesgo seleccionados de alto costo o más medicamentos, PTI utiliza uno de una combinación de estos procedimientos para hacer cumplir formulario. (1) de bloqueo del NDC y el bloqueo en el punto de venta, (2) Formulario de llenado incentivos tarifa para los farmacéuticos, (3) co-pago diferenciales para los miembros, (4) de mensajería en línea formulario, (5) la autorización previa, (6) límites en dólares por siembre antes de la autorización previa y (7) las limitaciones cuantitativas. El Comité de P & T ha establecido criterios de formulario con el aporte de los médicos participantes y el examen de la literatura médica actual.

## **MODIFICACIÓN / PREGUNTAS DEL FORMULARIO**

Si un médico solicita que un medicamento nuevo o existente considerarse para su inclusión en el Formulario, una carta indicando las ventajas significativas del medicamento más actuales medicamentos del formulario en esta clase deben ser enviados por correo a la siguiente dirección: Presidente, Comité de Farmacia y Terapéutica • Pharmaceutical Technologies, Inc. • PO Box 407 • Boys Town, NE 68010. O por e-mail [formulary@pti-nps.com](mailto:formulary@pti-nps.com).

## **ESTRUCTURA DE FORMULARIO DE TRES NIVELES DE CO-PAGO**

Este formulario está dividido en tres niveles y está codificado por colores para identificar fácilmente el estado de un agente en particular en una categoría terapéutica en el formulario. La primera capa contiene los medicamentos genéricos. Todos los medicamentos genéricos están incluidos en el primer nivel y son considerados los agentes preferidos. Los medicamentos genéricos ofrecen un excelente valor para el consumidor, ya que son químicamente idénticos a los medicamentos de marca, pero cuestan una fracción del costo del medicamento de marca correspondiente. La administración de Alimentos y Medicamentos de EE.UU. (FDA) exige que los medicamentos genéricos ofrecen la misma eficacia y la seguridad de que sus homólogos de marca. La FDA requiere fabricantes de medicamentos para demostrar que la versión genérica entra en el torrente sanguíneo de la misma manera, contiene la misma cantidad de ingrediente activo, viene en la misma forma de dosificación y se toma la misma forma que el medicamento de marca. Los asegurados pagarán el más bajo co-pago por medicamentos genéricos. Estos agentes pueden ser fácilmente identificados en el formulario como los agentes de la columna sombreada en verde. El segundo nivel contiene medicamentos de marca preferidos. Estos son medicamentos que todavía están protegidos por patentes y no puede haber alternativas genéricas disponibles. El Comité de P & T ha publicado opiniones de estos medicamentos y que se encuentran a ser terapéuticamente superior, ofrecen un mejor resultado para el miembro, o proporcionar el mismo efecto terapéutico, pero guardar el dinero de los patrocinadores del plan en comparación con un agente en el 3er nivel. Los miembros pagan el co-pago por medio preferido Marca de Medicamentos. Estos agentes pueden ser fácilmente identificados en el formulario como los agentes de la columna sombreada amarilla. La tercera lista de nivel de los medicamentos no recomendados de marca. Estos son los medicamentos de marca que, o bien tienen igual de eficaces y menos costosos equivalentes genéricos o pueden tener una o más alternativas preferidas medicamentos de marca disponible en el segundo nivel que proporcionan el mismo efecto terapéutico. Usted o su médico puede decidir que un medicamento en esta categoría es el mejor para usted. Si elige un tercio de drogas de nivel, puede ser objeto del más alto nivel de copago, que todavía representa un ahorro significativo para usted en comparación con el costo total al por menor de la medicación. Estos agentes pueden ser fácilmente identificados en el formulario como los agentes de la columna sombreada de color rojo. Consulte a los materiales su beneficio, o llame a la PTI / NPS Ayuda número de teléfono en el escritorio de su tarjeta de identificación, para determinar qué nivel de cobertura que usted tiene para sus medicamentos recetados.

## **ALTERNATIVAS DEL FORMULARIO**

Sugirió alternativas terapéuticas se seleccionan los medicamentos que representan opciones a los medicamentos fuera del formulario. El formulario en línea le da a los farmacéuticos alternativas para los agentes no preferidos. Alternativas formularias representan oportunidades para ayudar a los beneficios de farmacia patrocinador del plan mantener el beneficio económico y sostenible. En un formulario de tres niveles, las alternativas preferidas resultado en una menor co-pagos para los pacientes y salvar a los patrocinadores de planes de dólares de beneficios. alternativas Formulario requerían la autorización del médico y se recomienda sólo después de considerar los estados de enfermedad específica del paciente, las contraindicaciones, la historia terapéutica, los medicamentos actuales y otras circunstancias del caso.

## **POLÍTICA DEL INTERCAMBIO TERAPÉUTICO (TI)**

El uso de los programas de intercambio terapéutico como parte de un enfoque global de la calidad, la atención al paciente sea costo efectivo es recomendado. Intercambio terapéutico es la práctica de la sustitución, con la aprobación del médico que prescribe, un medicamento recetado originalmente previsto para un paciente con un medicamento recetado que es su equivalente terapéutico. Dos o más medicamentos se consideran terapéuticamente equivalentes si se puede esperar que producen niveles iguales de efectividad clínica y el sonido los resultados médicos de los pacientes. El intercambio terapéutico término debe distinguirse de la sustitución terapéutica plaza: sustitución terapéutica se ha definido como una práctica en la que el farmacéutico puede sustituir un medicamento por el farmacéutico cree tener un efecto similar terapéutica que el medicamento prescrito, sin la aprobación de su médico. Intercambio terapéutico implica la colaboración de los farmacéuticos y los prescriptores en el examen de los productos disponibles de drogas con efectos equivalentes terapéuticos con el fin de proporcionar a los pacientes con la más segura, más racional, y la mayoría de la terapia con medicamentos rentable. Intercambio terapéutico asegura que los prescriptores están informados sobre las opciones de tratamiento

farmacológico. El médico tiene la autoridad para decidir sobre el tratamiento final del paciente. Programas de intercambio terapéutico se rigen por las normas de prescripción clínica basada en que son revisados por el Comité P & T. Sin embargo, de intercambio terapéutico no siempre se trata de costos de los medicamentos más bajos. Intercambio terapéutico a menudo ocurre cuando un ahorro global de salud se puede lograr. Sustitución de un fármaco por otro más caro puede ocasionar fallas en el tratamiento menos, una mejor adherencia del paciente al plan de tratamiento y menos efectos secundarios. Tal uso eficiente de los recursos médicos ayuda a mantener los costos médicos hacia abajo, mejora el acceso del paciente a más cuidados de salud asequibles, y mejora la calidad del paciente de la vida. Intercambio terapéutico requiere la autorización del médico. Intercambio terapéutico requiere la evaluación de cada paciente antes de cambiar el orden de los medicamentos. Cuando sea posible, de intercambio terapéutico es prospectiva. Cuando intercambio terapéutico se lleva a cabo, es preferible dar el medicamento equivalente terapéutico antes de la primera dosis de la medicación prescrita. Realizar el intercambio terapéutico antes de la administración de la primera dosis al paciente mejora la eficiencia del programa y mejora la aceptación del paciente.

### POLÍTICA DE DROGAS GENÉRICAS

Es la política del PTI de utilizar medicamentos genéricos de alta calidad que esté disponible. Un medicamento genérico es idéntico, o bioequivalente, a un medicamento de marca en forma de dosificación, seguridad, potencia, vía de administración, calidad, características de rendimiento y uso previsto. Aunque los medicamentos genéricos son químicamente idénticos a sus equivalentes de marca, por lo general son vendidos a importantes descuentos sobre el precio de marca. Es la política del PTI para alentar a las farmacias a utilizar el mismo producto genérico que fue distribuido por la misma empresa que se imparte en la receta original en todas las recargas posteriores para la selección de los productos de drogas. Generalmente, los precios promedios de medicamentos genéticos son 30 a 80% menos que los precios promedios de los medicamentos de marca. Los farmacéuticos pueden medicamento seleccionar para una farmacéuticamente equivalente (según se define en el Libro Naranja FDA) cuando las regulaciones estatales permiten. De lo contrario, el farmacéutico debe obtener la aprobación del médico que prescribe el uso del producto equivalente genérico. PTI no recomienda que la sustitución por genéricos ejerzese con productos de múltiples fuentes que no pueden considerarse terapéuticamente equivalentes a otros en la misma categoría. También se recomienda que no se llevará a cabo la sustitución genérica para cualquier producto sin calificación que se podrían considerar estrecho índice terapéutico de drogas (NTI) o que se sabe que no son bioequivalentes. Por último, es importante señalar que las leyes estatales y reglamentos que rigen la práctica de la sustitución por genéricos de los medicamentos determinados. Las solicitudes de excepción a la política de genéricos deberán documentar claramente las razones específicas de necesidad médica y adecuación.

Los medicamentos que tienen equivalentes genéricos disponibles están cubiertos en un nivel de reembolso de genéricos y deben ser prescritos y dispensados en forma genérica. Costo Máximo Permitido (MAC) se han establecido límites para las formas farmacéuticas específicas de estos medicamentos. La lista MAC establece un precio máximo para el reembolso de ciertos medicamentos recetados de múltiples fuentes. Este precio normalmente cubrir la adquisición de la mayoría de los genéricos, pero no las versiones de marca de la misma droga. Los productos seleccionados para su inclusión en la lista de MAC son comúnmente prescritos y dispensados y han pasado por la revisión de la FDA y el proceso de aprobación.

Se recuerda a los proveedores de los siguientes:

1. Cuando los conflictos genéricos de sustitución con los reglamentos estatales o restricciones, el farmacéutico debe obtener la aprobación de las recetas para utilizar el equivalente genérico.
2. Los farmacéuticos se les recuerda que una droga precedidos de un asterisco indica que uno o más (pero no necesariamente todas) las formas de la droga están sujetos a un coste máximo admisible (MAC), y la lista de MAC debe ser consultado.
3. Si un miembro insiste en el producto de marca para una prescripción de un medicamento incluido en la lista de MAC después a su médico ha aprobado la versión genérica, el paciente tendrá que pagar la diferencia de costo entre el medicamento de marca y la cantidad MAC (con cargo auxiliares). El caso prescindir como está escrito (DAW) de código de 2 debe ser utilizado al presentar la solicitud de prescripción para el reembolso.

### MEDICAMENTOS SIN RECETA (OTC)

Over the counter (OTC) pueden ser cubiertos y algunos se muestran con fines informativos (cuando los productos disponibles sin receta puede ser menos costoso que el plan de un producto regulado). Si un producto de prescripción está disponible en la fuerza idéntica, la forma farmacéutica, y el ingrediente activo (s) como un producto de venta libre, el producto de prescripción no serán cubiertos. En estos casos, los médicos y los farmacéuticos deben consultar a los participantes a su equivalente de venta libre. Si el miembro o el médico insiste en que su equivalente de la prescripción, el miembro debe pagar el costo total de la receta.

### FUERA DE LA ETIQUETA DEL USO DE MEDICAMENTOS

La Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) ha requerido que los medicamentos utilizados en los Estados Unidos sea seguro y efectivo. La información de la etiqueta o el prospecto de un medicamento indica que el consumo de drogas sólo en ciertos "aprobado" dosis y vías de administración para una determinada condición o estado de la enfermedad. El uso de un medicamento para un estado de enfermedad o condición no aparece en la etiqueta, o en una dosis o por una ruta que no figuran en la etiqueta, es considerado como un "no aprobado" o "sin etiqueta" o fuera "la etiqueta "el uso de la droga. La autorización previa es necesaria cuando un medicamento se usa fuera de su FDA aprobó la vía de administración, dosis, o una indicación. La cobertura se determinará de la misma manera y con sujeción a las mismas condiciones y limitaciones como cualquier otra medicina. Las autorizaciones previas para los usos de los medicamentos sin etiqueta se podrá conceder siempre que: a) el medicamento está aprobado por la FDA, y b) dos o más revisados por profesionales de las revistas médicas han reconocido, en base a criterios científicos médicos, la seguridad y la eficacia de la medicamento o combinación de medicamentos para el tratamiento de la indicación de que ha sido la medicación prescrita a menos que dos de los principales artículos revisados por colegas profesionales revistas médicas han concluido, en base a criterios científicos o médicos, que la droga o la combinación de drogas no es seguro o ineficaz o la seguridad y la eficacia de la droga o la combinación de drogas no se puede determinar para el tratamiento de la indicación para la que ha sido la droga o la combinación de medicamentos prescritos.

### MEDICAMENTOS EXPERIMENTADOS

Cualquier medicamento o droga que no ha sido aprobado por la FDA para ser seguro y efectivo para su uso en los Estados Unidos no serán cubiertos. Esto incluye tanto los aprobados por la FDA y los medicamentos no autorizados que se encuentran en pruebas experimentales o de investigación para determinar las nuevas indicaciones, nuevas vías de administración, o nuevas formas de dosificación.

## PASTILLA PARA CORTAR

Medicamentos que aparecen en el formulario en negrita representan un potencial 01/02 oportunidades de la tabla de algunas fortalezas. En algunos casos, de corte más alta dosis de tabletas por la mitad puede ahorrar hasta un 50 por ciento del costo de medicamentos recetados. Su médico o farmacéutico le puede decir si la división tabletas trabajará para usted y si hay un ahorro de costos para los medicamentos específicos que usted está tomando.

## AUTORIZACIÓN PREVIA

Para promover la utilización adecuada, seleccionados de alto riesgo o medicamentos de alto costo pueden requerir autorización previa para ser elegible para la cobertura de los beneficios del miembro de medicamentos recetados. El Comité de P & T ha establecido criterios de autorización previa. Para que un miembro para recibir la cobertura para un medicamento que requiere autorización previa, el médico del miembro debe contactar al centro de servicio al cliente al 1-800-546-5677 para obtener un formulario de solicitud de autorización previa. Su médico entonces puede ser necesario para documentar la razón por la cual un medicamento formulario no es aceptable para el tratamiento de su estado de enfermedad o condición médica. Su médico querrá incluir en su carta su diagnóstico y las terapias anteriores que han fracasado.

## MANTENIMIENTO Y MEDICAMENTOS SIN MANTENIMIENTO

Beneficio de medicamentos recetados tarjeta de planes a menudo difieren en su diseño del plan. En algunos planes, los beneficios pueden variar dependiendo de si el medicamento es considerado como una enfermedad aguda o una medicación de mantenimiento. Su medicamento co-pago y la cantidad de medicamento que usted puede recibir en una receta puede variar dependiendo de la situación de los medicamentos. No Mantenimiento (aguda) Medicamentos: medicamentos aguda son medicamentos que se van a utilizar durante un corto período de tiempo. Esto puede incluir medicamentos que son administrados en una dosis de arranque. Una dosis inicial del medicamento es un medicamento que puede convertirse en un medicamento de mantenimiento en función de su nombre genérico y la fuerza y no se ha obtenido en el período anterior de seis meses. Los medicamentos tales como antibióticos u otros agentes que se dan para curar o tratar una condición de la que se prevé la recuperación se consideran tratamientos curativos y se clasifican como medicamentos sin mantenimiento, o un medicamento a corto plazo. Mantenimiento de medicamentos: medicamentos de mantenimiento también se puede denominar como los medicamentos a largo plazo. El siguiente es el criterio que se utiliza para determinar si un medicamento es un medicamento de mantenimiento: a) La droga tiene una baja probabilidad de cambio de dosis o la terapia debido a efectos secundarios, el seguimiento de suero de concentración del fármaco, o la respuesta terapéutica a lo largo de un curso de tratamiento prolongado b) la utilización más frecuente de la droga es para tratar un estado de enfermedad crónica en un extremo de terapéutica no puede ser determinada. (Un medicamento puede tener una indicación para la terapia de mantenimiento, pero carece del código de mantenimiento con droga, si esa indicación no es el uso más común de la droga), c) El tratamiento con la droga no es considerada curativa o la promoción de la recuperación, y d) El medicamento se administra de forma continua y no intermitente. Los criterios antes mencionados se limitan al uso ambulatorio típico de una droga. Las formas de dosificación que no son prácticas para las grandes cantidades de dosificación (tales como líquidos) o de caducidad limitada citas son excluidos. Fármacos que se sabe de la toxicidad en peligro la vida cuando se toma en una dosis excesiva pueden ser excluidos. Los productos no-drogas y los medicamentos sin receta, con la excepción de la insulina (si está cubierto por el plan), son excluidos.

## NUEVOS MEDICAMENTOS INTRODUCIDOS AL MERCADO DE CONSUMO

Mientras los EE.UU. Food and Drug Administration (FDA) aprueba los nuevos medicamentos y terapias disponibles para el mercado de consumo después de los Resumes de Documentos del Plan se han distribuido, el Plan de Beneficios de Drogas se reserva el derecho de extender o negar la cobertura a estos medicamentos después de la impresión de este documento. El Plan de Beneficios de Medicamentos también se reserva el derecho de asignar un co-pago o coseguro único a estos medicamentos y / o limitar las cantidades de estos medicamentos.

Los miembros recibirán notificaciones con respecto a cualquier modificación del Plan de Beneficios de Medicamentos sobre las drogas o terapias en el momento en que se presente una receta que se ve afectar por modificaciones en el formulario. Farmacias de la red se cargan a comunicar estas actualizaciones o cambios en el programa que pueden afectar a un miembro. El P & T Comité revisará los nuevos medicamentos aprobados por la FDA en forma mensual. Los nuevos productos con una denominación de la FDA de 1P (revisión de la FDA prioridad - los avances en terapéutica sobre los fármacos actualmente comercializados) automáticamente se considerará para su inclusión en el formulario, incluso si no se solicita por un plan. Los nuevos productos con una denominación de la FDA de 1S (revisión de la FDA estándar - no podrán obtener beneficios terapéuticos sobre los fármacos actualmente comercializados) en general no serán considerados para la inclusión en el formulario, salvo que lo solicite un plan, o la clase de drogas es actualmente objeto de examen por el Comité P & T. Los miembros que desean tener nuevas terapias aprobadas considerados por el plan puede escribir y / o llame a la compañía SmartCardsm servicio del plan o puede comunicarse con el administrador del plan.

## TERAPIA DE PASO

Terapia de paso es un programa especialmente diseñado para las personas que toman medicamentos recetados regularmente para tratar una condición médica continua. El programa le ayuda a obtener los medicamentos recetados que necesita, con seguridad, costo y-más importante-su salud en mente. En el paso terapia, los medicamentos cubiertos que usted tome se organizan en una serie de "pasos", con la aprobación de su médico y escribir sus recetas. El programa comienza generalmente con medicamentos genéricos en el Estos medicamentos genéricos-rigidamente probado y aprobado por los EE.UU. Food and Drug Administration (FDA) le permiten iniciar o continuar el tratamiento con medicamentos seguros y eficaces que también son accesible "primer paso". Su copago es generalmente el más bajo con un fármaco de primera etapa. Más caros los medicamentos de marca suelen ser tratadas en el "segundo paso", a pesar de que los genéricos cubiertos han demostrado ser eficaces en el tratamiento de condiciones médicas. Su médico es consultado para su aprobación y escribir sus recetas sobre la base de la lista de medicamentos Terapia escalonada cubierto por el formulario. Terapia de Paso se desarrolla bajo la dirección y la dirección de médicos independientes, con licencia, farmacéuticos y otros expertos médicos. A la revisión de las investigaciones más recientes en miles de fármacos probados y aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos para la seguridad y eficacia. Luego se recomienda los medicamentos apropiados de prescripción para el programa de terapia escalonada. La primera vez que presenta una receta que no es un fármaco de primera mano, su farmacéutico le indicará que hay una nota sobre el sistema informático que indica que nuestro plan de usos Terapia escalonada. Esto simplemente significa que si usted prefiere pagar el precio completo de su medicamento, su médico debe escribir una nueva receta para un medicamento de primer paso. Con la terapia escalonada, los medicamentos de marca más caros suelen ser cubiertos en un paso posterior en el programa si: usted ya ha probado el "primer paso", los medicamentos genéricos incluidos en el programa, usted no puede tomar el "primer paso" de drogas (debido a una alergia, por ejemplo), o su médico decide que necesita un medicamento de marca, por razones médicas. Si alguno de estos

se aplica a usted, su médico puede solicitar una "autorización previa" para que usted tome un medicamento recetado segundo paso. Una vez que la autorización previa es aprobada, usted paga el copago de medicamentos apropiados para este formulario aprobado. Si la autorización previa no es aprobada, usted tendrá que pagar el precio completo de la droga.

## LISTA DE LIMITACIÓN PARA DISPENSAR

Vea la lista en la pagina 4. La lista representa las P & T recomendaciones del Comité de las limitaciones de dispensación o la cantidad por una cantidad específica de tiempo. Límite de Cantidad de programación se ha convertido en una práctica del plan de farmacia aceptable que puede ser apropiado para colocar en algunos medicamentos. Las intenciones son de proteger la salud de los miembros y ahorrar el dinero del plan de beneficios. Este programa se asegura que miembros no reciben una receta para una cantidad que excede los límites del plan recomendado. Los límites son establecidos debido a que algunos medicamentos tienen el potencial de abuso, mal uso, residencia, o límite de un fabricante de la dosis máxima. Estos límites han sido revisados por nuestro personal médico y clínico, y el Comité de Farmacia y Terapéutica. Los límites se basan en la cantidad aprobada por la FDA esquemas de dosificación, las prácticas médicas actuales, basadas en la evidencia práctica y guías de la clínica, y revisada por expertos en la literatura médica relacionada con la droga en particular. La inclusión de un medicamento en esta lista no implica la cobertura de todos los planes, ni la inclusión de una limitación de distribución implica que su plan de beneficios específicos que también tiene la misma limitación. **Los planes pueden elegir a sus propias limitaciones. Los miembros deben consultar a su manual de beneficios de medicamentos recetados o comuníquese con un representante de servicio al cliente para determinar la cobertura específica y / o la inclusión de un medicamento en la lista de limitaciones distribuidas, ya que la lista está sujeta a cambios.**

## MIEMBROS DE PROYECTO DE LEY DE DERECHOS

En un esfuerzo por reconocer los derechos de los miembros con respecto a los proveedores de asistencia sanitaria, productos y servicios de farmacia, National Pharmaceutical Services (NPS) ha adoptado la siguiente proposición de ley de Derechos.

### DERECHOS DE UN MIEMBRO INCLUEN, PERO NO SE LIMITAN A LO SIGUIENTE:

- Para ejercitar los anteriores derechos sin tener en cuenta edad, sexo, estado civil, orientación sexual, raza, color, religión, etnicidad, ascendencia, origen nacional, discapacidad mental o física, la información genética, estado de salud, fuente de pago, o la utilización de los servicios.
- Ser tratado con respeto y reconocimiento de su dignidad y su necesidad de privacidad.
- Para que sus recetas dispensadas y servicios de farmacia siempre desde la elección de los proveedores de farmacia en la red de NPS. Sin perjuicio de plan de limitaciones de la red y las restricciones.
- Para conocer los términos y condiciones de su plan de beneficios de medicamentos recetados, el contenido de las listas de medicamentos preferidos, y los procedimientos para la obtención de exenciones o autorizaciones previas.
- Para recibir cualquier producto legalmente establecido, dándose cuenta de esto puede exigirles que absorban los gastos de una elección.
- Para solicitar y recibir cualquier producto del proveedor que legalmente cumplirá una receta genérica por escrito.
- Para obtener información relevante, actualizada y comprensible sobre su terapia de la medicación y su relevancia en el plan de tratamiento de su proveedor de atención médica.
- Discutir y solicitar información relacionada con sus medicamentos específicos recetados, los posibles efectos secundarios adversos, y las interacciones medicamentosas.
- Esperar que todos los registros y los debates relativos a la terapia de drogas serán tratados como confidenciales.
- Para esperar que su información específica respecto a los medicamentos farmacéuticos no se extraerá, a condición, o vendidos al exterior partes sin su consentimiento informado por escrito y expresado.
- Tener la oportunidad de exponer las quejas o apelaciones sobre NPS, o la atención recibida al NPS Proveedores de la Red de Farmacia, y un proceso de apelación para garantizar la resolución justa de una reclamación o queja.

### RESPONSABILIDADES DE UN MIEMBRO DE INCLUIR, PERO NO SE LIMITAN A LO SIGUIENTE:

- Conocer, comprender y acatar los términos, condiciones y disposiciones del plan de beneficio NPS de medicamentos administrados con receta. Esta información está disponible a través del Documento Resumen del Plan.
- Pagar los copagos, co-seguros o deducibles como se indica en el documento de resumen del plan en el tiempo de servicio es proporcionado aceptar las obligaciones financieras por los servicios prestados.
- El estar bien informado acerca de su terapia con medicamentos con receta, incluyendo los riesgos y limitaciones.
- Cumpliendo con su régimen de tratamiento farmacológico prescrito y mantener un estilo de vida saludable.
- Divulgar la información pertinente que sea necesaria para la selección adecuada de la terapia de drogas, incluyendo el estado de salud, estilo de vida, la alimentación y alergia a medicamentos, y la historia del medicamento.
- Para participar efectivamente en la toma de decisiones, los miembros deben asumir la responsabilidad de solicitar información o aclaraciones sobre los medicamentos que está tomando, cuando no entienden completamente la información e instrucciones.
- Para aceptar la responsabilidad personal si se niegan los tratamientos, medicamentos o servicios.
- Continuando con sus red de NPS SmartCard™ tarjeta de identificación y que se identificaron como titular de tarjeta inteligente antes de recibir productos farmacéuticos y / o servicios.

THERAPEUTIC CLASS		FIRST TIER GENERICS		SECOND TIER PREFERRED BRANDS		THIRD TIER NON-PREFERRED BRANDS	
<b>ACNE PRODUCTS</b> Coverage Depends On Benefit Design							
Non-Maintenance	Adapalene Amnesteem Avita Benzoyl Peroxide Benzoyl peroxide/clindamycin Benzoyl peroxide/erythromycin BPO	Claravis Clindamycin Erythromycin Metronidazole Minocycline ER Pacnex Sulfacetamide Sodium Sulfur Tretinoin Tretinoin microspheres	Metrogel Topical 1%	Acanza Accutane Atralin Azelex Benzac Benzac AC Benzaclin Benzamycin Gel Benzig Cleocin	Cleocin T Topical Clindagel Desquam-X Differin Differin 0.3% Duac Gel Epидуо <sup>®</sup> Inova Klaron Metrocream	Metroloft Neobenz Nitorate Nuox Plexion Retin-A Rosac Solodyn Triaz Veltin Ziana	
<b>ALZHEIMER'S MEDICATIONS</b>	Donepezil Galantamine Galantamine ER	Rivastigmine Capsules	Namenda Exelon Patches Namenda XR	Aricept Cognex Exelon Capsules	Razadyne Razadyne ER		
<b>ANAL/RECTAL PRODUCTS</b>							
Non-Maintenance	Hydrocortisone Pramoxine Hydrochloride			Analpram HC Anusol HC Cortenema	Analpram HC Anusol HC Cortenema	Cortifoam Proctocort Proctofoam	
<b>ANTI-ARRHYTHMIC (TO REGULATE HEART RHYTHM)</b>							
Maintenance	Amiodarone Disopyramide Flecainide Mexiletine Procainamide	Pacerone Propafenone Quinidine Sotalol Sotalol AF	Tikosyn	Betapace Betapace AF Cordarone Multaq Norpace	Betapace Betapace AF Cordarone Multaq Norpace	Norpace CR Rythmol Rythmol SR Tambocor	
<b>ANTIBIOTICS</b>							
Non-Maintenance	Amoxicillin Amoxicillin/Clavulanate Amoxicillin/Clavulanate ER Ampicillin Aztreonamycin Cefaclor Cefadroxil Cefdinir Cefditoren Cefixime Cefpodoxime Cefprozil Cefuroxime Cephalexin Ciprofloxacin Clindamycin Clarithromycin Dicloxacillin Doxycycline Doxycycline ER EES	Ery-tab Erythromycin Gentamicin Kanamycin Levofloxacin Methenamine Metronidazole Minocycline Neomycin Sulfate Nitrofurantoin Nystatin Ofloxacin Penicillin Primsol Rifampin SMX/TMP Sulfadiazine Tetracycline Tinidazole Tobramycin Trimethoprim Vancomycin	Ketek Zmax	Amoxil Augmentin Augmentin XR Avelox Bactrim Bactrim DS Biaxin Biaxin XL Cedax Ceftin Cefzil Cipro Cipro XR Cleocin Declomycin Dificid Doryx Elmiron Flagyl Flagyl ER Floxin	Amoxil Augmentin Augmentin XR Avelox Bactrim Bactrim DS Biaxin Biaxin XL Cedax Ceftin Cefzil Cipro Cipro XR Cleocin Declomycin Dificid Doryx Elmiron Flagyl Flagyl ER Floxin	Furadantin Hiprex Keflex Levaquin Lincocin Macro-dantin Minocin Monodox Monurol Moxatag Noroxin Omnicef PCE Spectracef Septa Teflaro Tindamax Vancocin Vantin Vibratab	Xifaxan Z-Pak Zithromax Zyvox
<b>ANTIBIOTICS-TOPICAL</b>							
Non-Maintenance	Bacitracin Genantimicin Ketoconazole foam	Mupirocin Polymyxin B	Akne-Mycin Cortisporin	Altabax Bactroban Extina			
<b>ANTICONVULSANTS</b>							
Maintenance (all suspension forms are non-maintenance)	Carbamazepine Carbamazepine ER Clonazepam Diazepam Divalproex Divalproex ER Ethinoximide Felbamate Susp. Gabapentin Lamotrigine Levetiracetam	Oxcarbazepine Phenelzine Phenobarbital Phenytoin Primidone Tiagabine Topiramate Valproate Sodium Valproic Acid Zonisamide	Dilantin Felbatol Gabitril Lyrica Tegretol Tegretol XR	Banzel Carbatrol Depakene Depakote Depakote ER Equetro Fycompa Keppra Keppra XR Klonopin Lamictal	Lamictal ODT Lamictal XR Mysoline Neurontin Onfi Oxtellar XR Phenytek Potiga Sabril Stavzor	Topamax Triptevi Vimpat Zarontin Zonegran	
Non-Maintenance	Ethosuximide Suspension Phenytoin Suspension Valproic Acid Suspension		Diastat				
<b>ANTIDEPRESSANTS</b>							
Maintenance	Amitriptyline Amoxapine Bupropion, SR, XL Citalopram Clomipramine Chlordiazepoxide/ Amitriptyline Desipramine Doxepin Escitalopram Fluoxetine Fluvoxamine Fluvoxamine ER	Imipramine Maprotiline Mirtazapine Nefazodone Nortriptyline Paroxetine Paroxetine ER Perphenazine/ Amitriptyline Sertraline Tranylcypromine Trazodone Venlafaxine Venlafaxine ER	Cymbalta Pristiq	Anafranil Aplenzin Celexa Effexor Effexor XR Emsam Forfivo XL Lexapro Luvox CR Marplan Nardil Norpramin Oleptro Pamelor	Parnate Paxil Paxil CR Prozac Prozac Wkly Remeron Remeron SolTab Sarafem Surmontil Tofranil Tofranil PM Viibryd Vivactil	Wellbutrin Wellbutrin SR Wellbutrin XL Zoloft	
<b>ANTIDIARRHEALS</b>							
Non-Maintenance	Diphenoxylate/ Atropine	Lonox Loperamide		Alinia Imodium Lomotil	Motofen Xifaxan		

The formulary is subject to change. Network pharmacies have the most up-to-date formulary information at the time your prescription claim is presented.

As generic products become available, their brand name medication will be moved to the third tier or non-preferred status.

The inclusion of a drug on this list does not imply coverage under all plans.

THERAPEUTIC CLASS	FIRST TIER GENERICS		SECOND TIER PREFERRED BRANDS		THIRD TIER NON-PREFERRED BRANDS		
<b>ANTIEMETICS (FOR NAUSEA AND/OR VOMITING)</b>							
Non-Maintenance	Dolasetron Granisetron <b>Meclozine</b> Ondansetron Prochlorperazine Promethazine	Trimethobenzamide			Antivert Anzemet Diclegis Emend Kyril Marinol	Phenergan Sancuso Tigan Transderm Scop Zofran	Zofran ODT Zuplenz
<b>ANTIFUNGALS</b>							
Non-Maintenance	Amphotericin B Fluconazole Griseofulvin Itraconazole Ketoconazole Nystatin	Terbinafine Voriconazole			Ancobon Bio-Statin Diflucan Grifulvin	Gris-Peg Lamisil Nizoral Noxafil	Sporanox Sporanox Pulse Pak Vfend
<b>ANTIFUNGALS - TOPICAL</b>							
Non-Maintenance	Cyclopriox Clotrimazole Clotrimazole/ Betamethasone Econazole Fungoid Ketoconazole	Miconazole Nyastatin Nyastatin/ Triamcinolone Terbinafine			Exederm Lamisil Loprox Lotrimin Lotrisone Mentax Naftin	Nizoral Oxitrat Penlac Nail Lacquer	
<b>ANTIPSYCHOTICS</b>							
Maintenance	Chlorpromazine Clozapine Fluphenazine Haloperidol Lithium Loxapine Olanzapine Olanzapine/ Fluoxetine Perphenazine Perphenazine/ Amitriptyline	Quetiapine fumarate Risperidone Risperidone ODT	Orap		Ability Clozaril Fanapt Fazaclo Geodon Invega Invega Sustenna Invega ER Latuda Lithobid Loxitane Navane	Risperdal Risperdal M Risperdal Consta Saphris Serquel Serquel XR Symbyax Zyprexa Zyprexa Relprevv Zyprexa Zydis	
<b>ANTIVIRALS</b>							
Maintenance	Abacavir Acyclovir Acyclovir 5% ointment Amantadine Didanosine Famciclovir Ganciclovir Lamivudine Lamivudine/zidovudine Nevirapine Rimantadine Stavudine Valacyclovir Zidovudine	Apotivas Atripla Completra Crixivan Edurant Emtriva Epivir HBV Epivir Soln. Epzicom Fuzeon Intelence Invirase Isentress Kaletra Lexiva Norvir		Prestista Recriptor Reyataz Selzentry Stribild Sustiva Tamiflu Trizivir Truvada Viracept Viramune XR Viread Ziagen Solution Zovirax Cream	Combivir Cytovene Denavir Topical Epivir Famvir Incivek Relenza Diskhaler Retrovir Valtrex Victrelis Videx Viramune Xerese topical Zerit	Ziagen Tablets Zovirax Ointment Zovirax/Tablets/ Capsules	
<b>ASTHMA/COPD INHALERS AND NEBULIZER SOLUTIONS</b>							
Non-Maintenance	Albuterol Metaproterenol Levalbuterol		Ventolin HFA		Proair HFA Proventil HFA	Xopenex Xopenex HFA	
Maintenance	Budesonide Cromolyn Sodium Ipratropium Bromide Ipratropium/Albuterol		Advair Diskus Arcapta Atrovent HFA Breo Ellipta Combivent Flovent	Pulmicort Qvar Serevent Spiriva Symbicort	Alvesco Asmanex Brovana Combivent Respiimat	Dulera Foradil Perforomist Tudorza	
<b>ASTHMA/COPD - ORAL MEDICATIONS</b>							
Maintenance	Albuterol Aminophylline Dyphylline Metaproterenol Montelukast	Terbutaline Theophylline Zafirlukast			Accolate Daliresp Lufyllin Singulair Theo-24	Zyflo CR	
<b>BLOOD MODIFIERS</b>							
Non-Maintenance	Enoxaparin Heparin	Warfarin	Coumadin		Arixtra Fragmin	Innohep Lovenox	
Maintenance	Anagrelide Cilostazol Clopidogrel	Dipyridamole Pentoxyfylline Ticlopidine	Aggrenox Brilinta Effient Pradaxa	Xarelto	Agrylin Amicar Eliquis Plavix	Pletal Trental	
<b>CHOLESTEROL LOWERING AGENTS - STATINS</b>							
Maintenance	Amlodipine/ atorvastatin Atorvastatin Fluvastatin	Lovastatin Pravastatin Simvastatin	Crestor Livalo		Advicor Altopen Lescol Lescol XL	Lipitor Liptruzet Mevacor Pravachol	Vytorin Zocor
<b>CHOLESTEROL LOWERING AGENTS - OTHER</b>							
	Colestipol Cholestyramine Fenofibric acid	Fenofibrate Gemfibrozil Prevalite	Lovaza Niaspan Simcor		Antara Colestid Fibrincor Lipofen	Lofibra Lopid Tricor Triglide	Trilipix Vascepa Welchol Zetia

THERAPEUTIC CLASS	FIRST TIER GENERICS		SECOND TIER PREFERRED BRANDS		THIRD TIER NON-PREFERRED BRANDS		
<b>CONTRACEPTIVES (BIRTH CONTROL) Coverage Depends On Benefit Design</b>							
Maintenance	Amethyst Aprí Aranelle Aviane Balziva Camila Cryselle Empresse Errin Gianvi Jolessa Junel Kariva Kelnor Lessina Levora Low-Ogestrel Lutera Microgestin Nortrel Ocella	Ogestrel Portia Previfem Reclipsen Sprintec Tilia FE Tri-Legest FE Tri-lo Sprintec Tri-Preven-M Tri-Sprintec Trivora Velvet Zeosa Zovia			Alesse Angeliq Beyaz Brevicon Cesia Cyclessa Desogen Estrostep FE Femcon FE Jolivette Leena Lo/Ovral Lo-Seasonique Loestrin Lo Loestrin Fe Lybrel Mircette Modicon Mononessa Natazia Necon Nor-Be Nordette	Norinyl Nor-QD Nuva Ring Ortho-Cept Ortho-Cyclen Ortho-EVRA Ortho-Micron Ortho-Novum 1/35 Ortho-Novum 1/50 Ortho-Novum 10/11 Ortho-Novum 7/7/7 Ortho-TriCyclen Ortho TriCyclen Lo Ovcon 35 Safyral Seasonale Seasonique Solia Trinessa Tri-Norinyl Yasmin Yaz	
<b>CORTICOSTEROIDS - ORAL</b>							
Non-Maintenance	Cortisone Acetate Dexamethasone Hydrocortisone Methylprednisolone	Prednisolone <b>Prednisone</b> Triamcinolone			Aristocort Celestone Cortef Decadron	Dexamethasone Intensol Liquid Pred Medrol	Pediapred Prehone Rayos
<b>CORTICOSTEROIDS - TOPICAL (FOR RASH, INFLAMMATION)</b>							
Non-Maintenance	Alclometasone Amcinonide Betamethasone Clobetasol Desonide Desoximetasone Diflorasone Diacetate	Fluocinonide Fluticasone Halobetasol Hydrocortisone Mometasone Pramoxine Prednicarbate Repaglinide Triamcinolone			Aclovate Cloderm Cordan Cordan Tape Cutivate Derma-Smoothe/FS Dermatop Desonate Desowen Diprolene	Elocon Halog Kenalog Spray Locoid Luxiq Olux-E Temovate Texacort Topicort Ultravate Vanos	Westcort
<b>COUGH/COLD/ALLERGY PRODUCTS</b>							
Non-Maintenance	Generic Cough/Cold/Allergy Combination Products				Allerx Allifen DM Allifen Atuss Donatussin Syrup Maxifed Nalex-A	Norel Palgic Phenergan Tussionex Tussi-Organidin	
<b>DIABETIC ORAL AGENTS</b>							
Maintenance	Acarbose Chlorpropamide Glimipride Glipizide Glipizide/ Metformin Glyburide Glyburide/ Metformin Glyburide, Micronized Metformin	Nateglinide Pioglitazone Pioglitazone/ glipizide Pioglitazone/ metformin Repaglinide Tolazamide Tolbutamide	Glyset Janumet Janumet XR Januvia		Actoplus-met Actos Amaryl Avandamet Avandaryl Avandia DiaBeta Duetact Fortamet Glucophage	Glucophage XR Glucotrol Glucotrol XL Glucovance Glynase Invokana Jentaduo Kazano Metaglip Nesina	Onglyza Oseni Prandin Prandimet Precose Proglycemic (non-maint.) Starlix Tradjenta
<b>DIABETIC SUPPLIES (Meters, Test Strips)</b>							
Non-Maintenance			FreeStyle Lite FreeStyle Freedom Lite FreeStyle Insulinix Precision Xtra				
<b>DIGESTANTS</b>							
Maintenance			Creon		Pancreaze Pertzye Ultresa	Viokace Zenpep	
<b>DIURETICS (Water Pills)</b>							
Maintenance	Acetazolamide Acetazolamide ER Amiloride/HCTZ Bumetanide Chlorothiazide Chlorothiazide/ HCTZ Chlothaldione Furosemide Hydrochlorothiazide	Indapamide Metolazone Methyclothiazide Spironolactone/ HCTZ Torsemide Triamterene Triamterene/ HCTZ		Aldactazide Aldactone Amiloride Demadex Diamox Sequel Cap Diuril Suspension Dyazide Dyrenium		Edecrin Lasix Maxzide Zaroxolyn	

The formulary is subject to change. Network pharmacies have the most up-to-date formulary information at the time your prescription claim is presented. As generic products become available, their brand name medication will be moved to the third tier or non-preferred status.

The inclusion of a drug on this list does not imply coverage under all plans.

THERAPEUTIC CLASS	FIRST TIER GENERICS		SECOND TIER PREFERRED BRANDS		THIRD TIER NON-PREFERRED BRANDS			
<b>ECZEMA/PSORIASIS MEDICATIONS</b>								
Non-Maintenance	Acitretin Anthralin Calcipotriene	Selenium Sulfide Tazarotene	Dovonex Cream/Ointment		Altabax Dovonex Dithrocreme HP Fabior Taclonex	Tazorac Soriatane Sorilux Vectical		
<b>ERECTILE DYSFUNCTION (Impotence) Coverage Depends On Benefit Design</b>								
Non-Maintenance	Alprostadil Sildenafil citrate	Yohimbine	Viagra Cialis	Caverject Edex Levitra		Muse Staxyn Stendra		
<b>GASTROINTESTINAL (HEARTBURN, ULCERS) Coverage Depends On Benefit Design</b>								
Maintenance	Cimetidine Dicyclomine Famotidine Lansoprazole Misoprostol Nizatidine Omeprazole	Omepazole/ Bicarbonate OTC Prilosec Pantoprazole Ranitidine Sucralfate	Nexium	Aciphex Axid Bentyl Carafate Cytotec Dexilant	Helidac Metozolv ODT Omeclamox Pepcid Prevacid	Prevpac Prilosec Protonix Tagamet Zantac Zegerid		
<b>GASTROINTESTINAL MISC PRODUCTS</b>								
Non-Maintenance	Dicyclomine Glycopyrrolate Hyoscyamine Metoclopramide	Propantheline Bromide Scopolamine	Pylera	Amitiza Bentyl Cantil Diflhid Donnatal Fulyzaq	Levsin Linzess Pamine Reglan Robinul			
<b>GOUT MEDICATIONS</b>								
Maintenance	Allpurinol Colchicine/ Probenecid	Probenecid			Krystexxa Uloric Zyloprim			
Non-Maintenance					Colcrys			
<b>HIGH BLOOD PRESSURE: ACE INHIBITORS</b>								
Maintenance	Benzapril Captopril Enalapril Fosinopril Lisinopril	Moexipril Perindopril Quinapril Ramipril Trandolapril			Accupril Aceon Altace Capoten	Lotensin Mavik Monopril Prinivil	Univasc Vasotec Zestril	
<b>HIGH BLOOD PRESSURE: ACE INHIBITORS + DIURETIC</b>								
Maintenance	Benzapril/ HCTZ Captopril/HCTZ Enalapril/HCTZ	Fosinopril/HCTZ Lisinopril/HCTZ Moexipril/HCTZ Quinapril/HCTZ			Accuretic Capozide Lotensin HCT	Prinzide Uniretic Vaseretic Zestoretic		
<b>HIGH BLOOD PRESSURE: ANGIOTENSIN II RECEPTOR ANTAGONIST (ARB)</b>								
Maintenance	Candesartan Elosartan	Irbasertan Losartan	Diovan			Atacand Avapro Benicar	Cozaar Edarbi Micardis	Teveten
<b>HIGH BLOOD PRESSURE: ANGIOTENSIN II RECEPTOR ANTAGONIST (ARB) + CALCIUM CHANNEL BLOCKER</b>								
Maintenance			Exforge	Azor		Twynsta		
<b>HIGH BLOOD PRESSURE: ARB + DIURETIC</b>								
Maintenance	Candesartan/ HCTZ Irbasertan/HCTZ	Losartan/HCTZ Valsartan/HCTZ			Atacand HCT Avadil Benicar HCT	Diovan HCT Edarbyclor Hyzaar	Micardis HCT Teveten HCT	
<b>HIGH BLOOD PRESSURE: CALCIUM CHANNEL BLOCKERS</b>								
Maintenance	Amlodipine Cartia XT Diltia XT Diltiazem Felodipine Isradipine Nicardipine	Nifedipine ER Nimodipine Niloldipine Niloldipine ER Verapamil Verapamil ER			Adalat Caduet Calan Cardene SR Cardizem Cardizem CD Cardizem LA	Covera-HS Dilacor XR Dynacirc CR Isoptin Nimotop Norvasc Procardia XL	Sular Verelan PM	
<b>HIGH BLOOD PRESSURE: ACE-INHIBITOR + CALCIUM CHANNEL BLOCKER</b>								
Maintenance	Amlodipine/Benzapril Trandolapril/Verapamil		Tarka	Lotrel				
<b>HIGH BLOOD PRESSURE: BETA-BLOCKERS</b>								
Maintenance	Acetobutol Atenolol Betaxolol Bisoprolol Carvediolol Labetalol Metoprolol Metoprolol XL Nadolol Pindolol Propranolol	Propranolol XL Sotalol Timolol	Coreg CR	Betapace Bystolic Coreg Corgard Inderal Inderal LA	Innopran XL Kerlone Levatol Lopressor Sectral Tenormin	Trandate Toprol XL Zebeta		
<b>HIGH BLOOD PRESSURE: BETA-BLOCKERS + DIURETIC</b>								
Maintenance	Atenolol/ chlorthalidone Bisoprolol/ HCTZ	Metoprolol/ HCTZ Propranolol/ HCTZ	Dutoprol	Lopressor HCT Tenoretic Ziac				

THERAPEUTIC CLASS	FIRST TIER GENERICS		SECOND TIER PREFERRED BRANDS		THIRD TIER NON-PREFERRED BRANDS						
<b>HIGH BLOOD PRESSURE: MISCELLANEOUS</b>											
Maintenance	Clonidine Clonidine/ Chlorthalidone Digoxin Doxazosin Eplerenone Guanfacine Hydralazine/ Hydralazine/ HCTZ		Hydralazine/ HCTZ/ Reserpine Isosuprine Methyldopa/ HCTZ Minoxidil Nadolol/Bendro Papaverine Prazosin Reserpine Terazosin			Amturnde Exforge HCT Lanoxin Tekturna Tekturna HCT Tekamlo		Bidil Cardura Catapres Catapres-TTS Corzide Inspa Minipress Tenex Tribenzor			
<b>HORMONES</b>											
Maintenance	Estradiol Estradiol/Norethindrone Estropipate Jinteli Medroxyprogesterone Methyltestosterone		Alora Cenestin Combipatch Femhrt 0.5/2.5 Prefest Premarin Premphase		Prempro Vivelle-Dot		Activella Climara Climara Pro Divigel Elestrin Enjuvia Estrace		Estrasorb Estrogel Evamist Femhrt 1/5 Femtrace Makena Menostar	Osphena Provera	
Non-Maintenance	Norethindrone Progesterone					Aygestin Prometrium					
<b>INFLAMMATORY BOWEL AGENTS</b>											
Maintenance	Sulfasalazine		Asacol Asacol HD		Amitiza Apriso Azulfidine Dipentum Lialda		Linzess Lotronex Pentasa Uceris				
Non-Maintenance	Budesonide Mesalamine		Canasa		Colazal Entocort EC		Giazo Rowasa				
<b>INSULINS</b>											
Maintenance			Apidra Humalog Humulin Humulin 70/30		Humulin N Humulin R Lantus Levemir		Byetta Bydureon Novolog Novolin 70/30 Novolin N Novolin R				
<b>MIGRAINE MEDICATIONS</b> <i>Quantity Limitations May Apply</i>											
Non-Maintenance	Butorphanol NS Dihydroergotamine Epidrin Ergotamine Ergotamine/ Caffeine Isometheptene/ Dichlorophen- phenazone/APAP		Naratriptan Propranolol Rizatriptan Sumatriptan Topiramate Zolmitriptan Zolmitriptan ODT	Relpax Trexiomet	Alsuma Axert Botox Cafergot Cambia Depakote ER D.H.E. 5 Ergomar Frova Imitrex Inderal LA		Maxalt Maxalt-MLT Migergot Migranal Nasal Spray Phrenilin Forte Sumavel Dosepro Topamax Zomig Zomig ZMT				
<b>MUSCLE RELAXANTS</b>											
Non-Maintenance	Carisoprodol Carisoprodol/ ASA Chlorzoxazone Cyclobenzaprine Dantrolene Metaxalone		Methocarbamol Orphenadrine Citrate		Amrix Dantrium Flexeril Norflex Parafon Forte		Robaxin Skelaxin Soma Soma Compound				
Maintenance	Baclofen		Tizanidine		Lioresal		Zanaflex				
<b>NARCOTIC ANALGESICS (PAIN RELIEVERS-SEDATING)</b>											
Non-Maintenance	Acetaminophen/Codeine Acetaminophen/Hydrocodone Acetaminophen/Oxycodone Aspirin/Oxycodone Codeine Fentanyl Hydrocodone Hydromorphone Ibuprofen/Hydrocodone Meperidine Methadone Morphine Morphine ER Oxycodone Oxymorphone Oxymorphone ER Pentazocine Promethazine Tramadol Tramadol/APAP Tramadol ER		Oxycontin		Abstral Actiq Avinza Butrans Capital And Codeine Demerol Dilauidid Duragesic Embeda Exalgo Fentora Fioricet Fiorinal Kadian Lazanda Lorcet Lortab Maxidone MS Contin Norco Nucynta Nucynta ER		Percocet Percoden Onsolis Opana Opana ER Oxecta Roxicodone Rybix ODT Ryzolt Subsys Synalgos Talacen Talwin Talwin NX Tylenol With Codeine Tylox Ultracet Ultram Vicodin Vicoprofen Zydome				
<b>NASAL PRODUCTS</b>											
Non-Maintenance	Azelastine Flunisolide Ipratropium		Fluticasone Triamcinolone		Rhinocort Aqua Veramyst		Astelin Astepro Atrovent NS Beconase AQ		Dymista Flonase Nasacort AQ Nasonex	Patanase Qnasl Zetonna	

The formulary is subject to change. Network pharmacies have the most up-to-date formulary information at the time your prescription claim is presented.

As generic products become available, their brand name medication will be moved to the third tier or non-preferred status.

The inclusion of a drug on this list does not imply coverage under all plans.

THERAPEUTIC CLASS	FIRST TIER GENERICS	SECOND TIER PREFERRED BRANDS	THIRD TIER NON-PREFERRED BRANDS	
<b>NITRATES (FOR HEART/ANGINA)</b>				
Maintenance (except for sublingual and inhaled dosage forms)	Amyl Nitrite Dipyridamole Isosorbide Dinitrate Isosorbide Mononitrate Nitroglycerin	Ranexa Nitrostat	Imdur Isordil Nitro-Dur Nitrolingual	
<b>NON-NARCOTIC ANALGESICS (PAIN)</b>				
Non-Maintenance	Choline Magnesium Diflunisal Salsalate		Dolobid Equagesic	
<b>NON-SEDATING ANTIHISTAMINES Coverage Depends On Benefit Design</b>				
Non-Maintenance	Cetirizine Cetirizine D Desloratadine Fexofenadine OTC Fexofenadine/ PSE	Loratadine Loratadine D OTC Generic Claritin OTC Generic Zyrtec		Allegra Allegra D Clarinex Clarinex D
<b>NON-STEROIDAL ANTIINFLAMMATORY AGENTS (NSAIDS) AND ANTI-RHEUMATIC AGENTS</b>				
Non-Maintenance	Ibuprofen Suspension Indomethacin Suspension Ketorolac Methotrexate		Enbrel Humira Kineret Motrin Suspension Naprosyn Susp.	
Maintenance	Diclofenac Diclofenac/ Misoprostol Etodolac Fenoprofen Flurbiprofen Ibuprofen Indomethacin Ketoprofen Leflunomide	Meclofenamate Meloxicam Mefenam Nabumetone Naproxen Piroxicam Oxaprozin Sulindac Tolmetin	Celebrex	Anaprox Anaprox DS Ansaid Arava Arthrotec Cataflam Clinoril Daypro Duexis Feldene
<b>OPHTHALMIC PRODUCTS - GLAUCOMA</b>				
Non-Maintenance	Aparaclonidine Betaxolol Brimonidine Carteolol Dipivefrin Dorzolamide Dorzolamide/ Timolol	Latanoprost Levobunolol Metipranolol Pilocarpine Timolol Travoprost	Azopt Betoptic S	Alphagan Alphagan P Betagan Betimol Betoptic Combigan Cosopt Iopidine Isopto
<b>OPHTHALMIC PRODUCTS - PAIN/INFLAMMATION</b>				
Non-Maintenance	Bromfenac Dexamethasone Diclofenac Fluorometholone Flurbiprofen Ketorolac Levofloxacin Prednisolone Tetracaine Tobramycin/Dexamethasone		Alrex Flarex FML Forte FML S FML SOP	Lotemax Tobradex Oint
				Acular Acuvail Alcaine Alrex Blephamide Bromday Decadron Durezol Econopred Flarex FML Forte FML
				Liquifilm FML S FML SOP Ilevro Lotemax Maxidex Maxitrol Nevanac Ocuften Poly-Pred Pontocaine Pred Forte
<b>OPHTHALMIC PRODUCTS - ANTI-INFECTIVES</b>				
Non-Maintenance	Bacitracin Ciprofloxacin Erythromycin Gentamicin Gramicidin Neomycin Ofloxacin Polymyxin B	Sulfacetamide Sod Tobramycin Tobramycin/ Dexametha- sone Trifluridine Trimethoprim	Tobradex Oint.	AzaSite Besivance Betadine Bleph-10 Ciloxan Moxeza Natacyn Ocuflox Polysporin
				Polytrrim Tobradex ST Tobradex Susp. Tobrex Vigamox Vioretic Vitrasert Zirgan
<b>OPHTHALMIC PRODUCTS - ANTI-ALLERGICS Coverage Depends On Benefit Design</b>				
Non-Maintenance	Azelastine Cromolyn Epinastine Ketotifen		Alamast Alocril Alomide	Bepreve Crolom Elestat Emadine
<b>OPHTHALMIC PRODUCTS - MISCELLANEOUS</b>				
Non-Maintenance	Atropine Cyclopentolate Homatropine	Naphazoline Phenylephrine Tropicamide		Cyclodyl Cyclomydril Homatropine Isopto Atropine
Maintenance	Alendronate Calcitonin Etidronate Ibandronate		Actonel Evista	Atelvia Binosto Boniva Tablet Didronel Fortical
<b>OSTEOPOROSIS DRUGS</b>				
Maintenance			Forsteo	Fosamax Fosamax+D Micalcin Spray Skelid

THERAPEUTIC CLASS	FIRST TIER GENERICS	SECOND TIER PREFERRED BRANDS	THIRD TIER NON-PREFERRED BRANDS				
<b>OTIC PRODUCTS (FOR THE EAR)</b>							
Non-Maintenance	Acetic Acid Antipyrine/ Benzocaine Hydrocortisone Neomycin Sulfate Ofloxacin Phenylephrine Hydrochloride Polymyxin B Sulfate Pramoxine Hydrochloride	Cerumenex Ciprodex Cipro HC Coly-Mycin-S Cortisporin TC Cresylate Pramotic	Auralgan Cetraxal Cortane-B Cortisporin Oticin HC Vosol Vosol-HC				
<b>PARKINSON'S DRUGS</b>							
Maintenance	Benztropine Carbgoline Carbidopa/ Levodopa Entacapone	Pramipexole Rivastigmine Ropinirole Trihexyphenidyl	Exelon Patches Requip XL Stalevo Tasmar	Azilect Comtan Exelon Capsules Mirapex	Mirapex ER Neupro Requip Sinemet		
Non-Maintenance	Amantadine Bromocriptine	Selegiline	Lodosyn	Cogentin Eldepryl	Parlodel		
<b>PROSTATE MEDICATIONS</b>							
Maintenance	Alfuzosin Doxazosin Finasteride	Prazosin Tamsulosin Terazosin	Avodart Jalyn	Cardura Flomax	Minipress Proscar	Rapaflo Uroxatral	
<b>SEDATIVE/HYPNOTICS AND ANTIANXIETY DRUGS</b>							
Maintenance	Clonazepam						
Non-Maintenance	Alprazolam Alprazolam QDT Alprazolam XR Buspiron Chloral Hydrate Chlordiazepoxide Chlordiazepoxide/ Amitriptyline Clorazepate Diazepam Droperidol Estazolam	Flurazepam Hydroxyzine Lorazepam Meprobamate Oxazepam Phenobarbital Temazepam Triazolam Zaleplon Zolpidem		Ambien Ambien CR Ativan Buspar Butisol Sodium Dalmane Doral Edluar Halcion Intermezzo	Librax Librium Limbrol Lunesta Nembutal Niravam Restoril Rozerem Seconal Silenor Sonata	Tranxene Valium Vistaril Xanax Xanax XR Zolpimist	
<b>SMOKING DETERRENTS Coverage Depends On Benefit Design</b>							
Non-Maintenance	Bupropion			Chantix Nicotrol	Nicotrol Inhaler	Nicotrol NS Zyban	
<b>STIMULANTS (AMPHETAMINES)</b>							
Maintenance	Amphetamine ER Amphetamine salt combo Dextroamphetamine Dextroamphetamine	Methylphenidate Methylpheni- date ER Modafinil	Strattera	Adderall Adderall XR Concerta Daytrana Desoxyn Dexedrine Focalin	Focalin XR Intuniv Kapvay Metadate CD Nuvigil Provigil Quillivant XR	Ritalin Ritalin LA Ritalin SR Vyvanse Xyrem	
<b>TESTOSTERONE REPLACEMENT MEDICATIONS</b>							
Maintenance	Android Danazol Testosterone cyp inj Testosterone enan inj Testred		Androgel Axiron	Androderm Androxy Depo-Testosterone Fortesta	Striant Testim		
<b>THYROID MEDICATIONS</b>							
Maintenance	Levothyroxine Liothryronine Methimazole Propylthiouracil Untithroid		Levoxyl Synthroid	Armour Thyroid Bio-Thyroid	Cytomel Tapazole Thyrolar	Tirosint	
<b>URINARY INCONTINENCE</b>							
Maintenance	Flavoxate Oxybutynin Oxybutynin XL	Tolterodine Trospium Trospium ER	Detrol LA Enablex Myrbetriq	Toviaz Vesicare	Detrol Ditropan XL	Gelnique Oxytrol	Sanctura Sanctura XR
Non-Maintenance	Bethanechol	Hyoscyamine			Urecholine		
<b>VAGINAL PRODUCTS</b>							
Non-Maintenance	Metronidazole Miconazole Nitrate Nystatin Terconazole Urea (Carbamide)		AVC Cleocin Vaginal Crinone Estring Premarin	Endometrin Estrace Vaginal Femring Gynazole-1 Metrogel Vaginal Monistat Dual-Pak Terazol 3	Terazol 7 Vagifem Vagistat-1		
<b>WEIGHT LOSS PRODUCTS Coverage Depends On Benefit Design</b>							
Non-Maintenance	Benzphetamine Diethylpropion Phendimetrazine Phentermine			Adipex-P Belviq Bontril Didrex Qsymia	Suprenza Xenical		

The formulary is subject to change. Network pharmacies have the most up-to-date formulary information at the time your prescription claim is presented. As generic products become available, their brand name medication will be moved to the third tier or non-preferred status.

The inclusion of a drug on this list does not imply coverage under all plans.

## SPECIALTY PHARMACY PRODUCTS Coverage Depends On Benefit Design

Your pharmacy benefit program may include coverage for certain products that are referred to as Specialty Medication. Most Specialty Medications are injectables, however some may be oral or transdermal. Specialty Medications may be medications that you administer to yourself or have a healthcare provider administer for you. The following is a list of medications that are considered Specialty Medications. As new medications that have similar indications enter the market these products may be added to the program without notice. (This list is subject to change – please consult Customer Service for an updated list) In many cases, these medications require prior authorization before dispensed. Medications marked with an (LD) are medications with a limited distribution program and distribution of these medications is usually from select specialty pharmacies directly to the patient, caregiver or institution. Medication listed in italics and underlined are considered preferred.

### Non-Restricted Specialty – Specialty co-pay and plan benefit provisions apply, however product is not limited to Specialty Pharmacies.

ANTICOAGULANTS		ANTINEOPLASTICS		
ARIXTRA ENOXAPARIN FONDAPARINUX	FRAGMIN HEPARIN SODIUM INNOHEP	LOVENOX	METHOTREXATE SODIUM	RHEUMATREX
ASSORTED CLASSES			ENDOCRINE AND METABOLIC AGENTS - MISC.	
ABSTRAL ACTEMRA ACTIQ FENTORA	LAZANDA LEVAQUIN ONSOLIS SABRIL (LD)	STELARA SUBSYN VALCYTE ZYVOX	AREDIA FEMARA PAMIDRONATE DISODIUM	
GASTROINTESTINAL AGENTS - MISC.		HEMATOPOIETIC AGENTS		
REMICADE		CYANOCOBALAMIN CYANOJECT HYDROXOCOBALAMIN VITAMIN B-12	SHOVITE	
HEMOSTATICS		MIGRAINE PRODUCTS		
CYKLOKAPRON		DIHYDROERGOTAMINE MESYLATE		

### Specialty Medications – Plan benefit parameters may limit to Specialty Pharmacies only.

AMINOGLYCOSIDES		ANTIASTHMATIC AND BRONCHODILATOR AGENTS		
TOBI		XOLAIR		
ANTIDOTES				
DEFEROXAMINE DEXRAZOXANE	EXJADE (LD) FERRIPROX (LD)	MESNEX TOTECT	VORAXAZE	
ANTINEOPLASTICS				
8-MOP ABRAXANE ACTIMMUNE ACTETRIS ADRIAMYCIN ADRUCIN AFINITOR ALFERON N ALIMTA ALKERAN AMIFOSTINE ARIMIDEX AROMASIN ARRANON ARZERA AVASTIN BEXXAR BICNU BLEOMYCIN SULFATE BOSULIF BUSULIFEX CALCIUM FOLINATE CAMPATH CAMPTOSAR CAPRELSA (LD) CARBOPLATIN CASODEX CEENU CERUBIDINE CISPLATIN CLADRIBINE CLOLAR COMETRIQ (LD) COSMEGEN CYCLOPHOSPHAMIDE CYTARABINE DACARBAZINE	DACOGEN (LD) DAUNORUBICIN DAUNOXOME DECITABINE (LD) DEPOCYT DOCEFREZ DOCETAXEL DOXIL DOXORUBICIN ELLENCE ELIGARD ELOXATIN ELSPAR EMCYT EPIRUBICIN HCL ERBITUX ERIVEDGE ERWINAZINE (LD) ETHYOL ETOPOSOPHOS ETOPOSIDE FARESTON FASLODEX FIRAMOGON FLUOROURACIL FLOXURIDINE FLUDARA FLUDARABINE SULFATE FOLOTYN FUDR FUSILEV GEMCITABINE GEMZAR GLEEVEC HALAVEN HERCEPTIN HEXALEN	HYCAMTIN HYDREA ICLUSIG IDAMYCIN PFS IDARUBICIN HCL IFEX IFEX/MESNEX IFOSFAMIDE IFOSFAMIDE/MESNA INLYTA INTRON-A IRESSA (LD) IRINOTECAN ISTODAX IXEMpra JAKAFI JEVTANA KADCYLA KEPIVANCE KYPROLIS LETROZOLE LEUCOVORIN LEUKERAN LEUKINE LEUPROLIDE ACETATE LIPODOX 50 LIPODOX 50 LIPRODOL LIPRON DEPOT LYSODREN MATULANE MEKINIST MELPHALAN HCL MELPHALAN HCL MESNA MITOMYCIN MITOXANTRONE HCL MUSTARGEN MYLERAN	MYLOTARG NAVELBINE NEXAVAR (LD) NILANDRON NIPENT NOVANTRONE ONCASPAR ONTAK ONXOL OXALIPLATIN OXSORALEN ULTRA PACITAXEL PANRETIN PENTOSTATIN PERJETA (LD) PHOTOFRIN PLENAXIS POMALYST PROLEUKIN PROVENGE PURINETHOL QUADRAMET RITUAXAN SPRYCEL STIVARGA (LD) SUTENT SYNIRIBO TABLOID TAFINLAR TARCEVA TARGRETIN TASIGNA TAXOTERE TEMODAR THERACYS THIOTEPA THYROGEN	TICE BCG TOPOSAP TOPOTECAN TORISEL TREANDA TRELSTAR DEPOT TRELSTAR LA TRETINOIN TREXALL TRISENOX TYKERB UVADEX VALSTAR VANTAS VANDETANIB (LD) VECTIBIX VELCADE VESANOID VIDAZA VINBLASTINE SULFATE VINCASAR PFS VINCristine Sulfate VINORELBINE TARTRATE VOTRIENT VUMON XALKORI (LD) XELODA XTANDI (LD) YERVOY (LD) ZALTRAP ZANOSAR ZELBORAF (LD) ZEVALIN ZINPECARD ZOLADEX ZOLINZA ZORTRESS
ANTIPARKINSON AGENTS		ANTIPSYCHOTIC AGENTS		
APOKYN (LD)		GEODON RISPERDAL CONSTA	ZYPREXA INJ ZYPREXA RELPREVV	

ANTIVIRALS				
ABACAVIR APTIVUS ATRIPLA BARACLUDE COMBIVIR COMPLERA COPEGUS CRIXIVAN CYTOVENE DIDANOSINE EDURANT EMTRIVA EPIVIR	EPIVIR HBV EPZICOM FOSCNAVIR HYPERON GANCICLOVIR HEPAGAM HEPSERA HYPERHEP B S-D HYPERRAB S-D ICIVICK INFERGEN INVIRASE ISENTRESS	INTELENCE KALETRA LAMIVUDINE LAMIVUDINE/ZIDOVUDINE LEXIVA NABI-HB NEVIRAPINE NORVIR PEGASYS PREZISTA REBETOL RESCRIPTOR	RETrovir IV REYATAZ RIBAPAK RIBASPHERE RIBATAB RIBAVIRIN SELZENTRY SIMULECT STAVUDINE STRIBIL SUSTIVA TRIZIVIR TRUVADA	TYZEKA VICTRELIS VIDEX VIDEX EC VIRACEPT VIRAMUNE VIRAMUNE XR VIREAD VISTIDE ZERIT ZIAGEN ZIDOVUDINE

**ASSORTED CLASSES**

ACTHREL	CYCLOSPORINE	KRYSTEXXA (LD)	ORTHOCLONE	TACROLIMUS
ADAGEN	DESFERAL	KYNAMRO (LD)	PRIALT	THALOMID
ALOXI	DYSPORE	LEVAQUIN	PROGRAF	VANCOMYCIN
AMBISOME	ELAPHASSE	LUMIZyme	PROLIA	VIVITROL
ANZEMET	GENGRAF	LUXEREPULSE	RAPAMUNE	XEOMIN
ARCALYST (LD)	HECRIA	MAKETA	REVIMID	XIAFLEX (LD)
ARGATROBAN	HYPHENEX	MYCOHENOLATE	SANDIMMUNE	XGEVA
ASTA-GRAF XL	ILARIS (LD)	MYFORTIC	SIRIYR	ZYREX (LD)
ATGAM	IMITREX INJ	MYOZYME	SODIUM CHLORIDE	ZEMPLAR
BENLYSTA	IMOGRAM RABIES-HT	NEOGAL	SOLESTA	ZENAPAX
BICILLIN	IMURAN	NEXAVER	SUCRAID (LD)	ZYVOX
CAVERJECT	JUXTAPID (LD)	NULOJIX	SOLIRIS	
CUVOSA	KORLYM (LD)	OFIRMEV	SYLATRON	

**BIOLOGICS**

ENBREL	ORENCIA	ADCIRCA	LETAIRIS (LD)	TIKOSYN
EXTAVIA	SIMPONI	DOBUTAMINE	NATRECOR	TRACLEER (LD)
GILENYA	XELJANZ	EPOPROSTENOL	REMODULIN (LD)	TYVASO (LD)
HUMIRA		FIRAZYR	REVATIO	VELETRI (LD)
KINERET		FLOLAN (LD)	SILDENAFIL	VENTAVIS (LD)

**CYSTIC FIBROSIS AGENTS**

CAYSTON (LD)			ACITRETIN	QUTENZA
KALYDECO			AMEVIVE	SORIATANE

**ENDOCRINE AND METABOLIC AGENTS - MISC.**

ADAGEN (LD)	DEPOESTRADIOL	HUMATROPE	ORTHOVISC	SOMATULINE
ALDURAZYME	DEPO PROVERA	HYALGAN	PITRETTIN SYNTHETIC	SOMAVER (LD)
AMMONUL	DEPOTESTOSTERONE	INCRELIX	PROMACTA	STIMATE
AREDIA	DESMOPRESSIN	KALBITOR	RAVICTI (LD)	SUPARTZ
BONIVA	ACETATE	KUVAN	RECLAST	SUPPRELIN LA
CALCIJEX	EGRIFTA (LD)	LUVERIS	REFACTO	SYNAREL
CALCITONIN	ELELYSO (LD)	MIACALCIN	REFLUDAN	SYNIVISC
CALCIOTRIOL	ELITEK	MIRENA	RIMSO-50	TEV-TROPIN
CARBAGLU (LD)	EUFLEXXA	NGLAGLYMZE	SAIZEN	VAPRISOL
CARNITOR	FABRAZYME	NORDITROPIN	SAMSCA	VPRIV
CEREDASE	FIRAZYR (LD)	NPLATE	SANDOSTATIN	ZAVESCA (LD)
CEREZYME	FIRMAGON	NUTROPIN	SANDOSTATIN	ZOLEDRONIC ACID
CRINONE	FORTEO	NUTROPIN AQ	LAR DEPOT	ZOMETA
CYSTADANE	GANITE	OCTREOTIDE ACETATE	SENSIPAR	ZORBTIVE (LD)
DDAVP	GENOTROPIN	OMNITROPE	SEROSTIM (LD)	ZYTIGA
DELATESTRYL	HECTOROL	ORFADIN (LD)	SIGNIFOR (LD)	

**GASTROINTESTINAL AGENTS - MISC.**

CHENODAL (LD)	EMEND	HUMOFIL M	NOVOSEVEN RT	RIASTAP
CIMZIA	GATTEX (LD)	HUMATE-P	PANHEMATIN	THROMBATE III
DIFICID	RELISTOR	HYPERRHO S-D	PLASBUMIN	WINRHO

**HEMATOLOGICAL AGENTS - MISC.**

ADVATE	BENEFIX	HEMOFIL M	NOVOSEVEN RT	RIASTAP
ALBUMIN HUMAN	BERINERT	HUMATE-P	PANHEMATIN	THROMBATE III
ALBUMINAR	BUMINATE	HYPERRHO S-D	PLASBUMIN	WINRHO
ALBUMIN-ZLB	CERPROTIN	IPRIVASK	PLASMANATE	XYNTHA
ALBUTEIN	CINRYZE (LD)	KOATE-DVI	PROFILLINE SD	WILATE
ALPHANATE	CORIFACT	KOGENATE FS	PROLASTIN	ZEMAIRIA
ALPHANINE SD	FEIBA VH IMMUNO	MICRHOGAM	PROLASTIN-C	
ARALAST (LD)	FLEXBUMIN	MONOCLOATE-P	RECOMBINATE	
ATRYN	GLASSIA (LD)	MONONINE	RHOGAM	
BEBULIN VH	HELIXATE FS	NOVOSEVEN	RHOPHYLAC	

**HEMATOPOIETIC AGENTS**

ARANESP	NEULASTA	OMONTYS	AMICAR	RIASTAP
EPOGEN	NEUMEGA	PROCRT	AMINOCAPROIC ACID	THROMBATE III
MOZOBIL	NEUPOGEN			WINRHO

**INFERTILITY AGENTS**

BRAVELLE	FOLLISTIM AQ	PROGESTERONE IN OIL	NOVOSEVEN RT	XYNTHA
CETROTIDE	GANIRELIX	REPRONEX	PANHEMATIN	WINRHO
CHORIONIC	GONAL-F	SEROPHENE	PLASBUMIN	THROMBATE III
GONADOTROPIN	IMPLANON		PLASMANATE	
CLOMID	MONOPUR		PROFILLINE SD	
CLOMIPHENE	NOVAREL		PROLASTIN	
ESTRADIOL	OIDREL		PROLASTIN-C	
DELESTROGEN	PREGNYL		RECOMBINE	

**INTRAOCULAR**

AMIVISC	EYLEA (LD)	RETISERT	BIVIGAM	GAMUNEX
AMIVISC PLUS	HEALON	SHELLGEL	CARIMUNE	HIZENTRA
BSS PLUS	JETREA (LD)	VISCOAT	CECEPT	PRIVIGEN
CELLUGEL	LUCENTIS (LD)	VISUDYNE	CTOGAM	THYMOGLOBULIN
CYSTARAN	MACUGEN	(LD)	FLEG-B GAMMA	
DISCOVISIC	OZURDEX	VITRASERT	GAMMASTAN	
DUOVISC	PROVISC		GAMMAGARD S/D	
			GAMMAKED	
			GAMMAPLEX	

**PASSIVE IMMUNIZING AGENTS**

SYNAGIS	ACTHAR HP (LD)	COPIAXONE	TECFIDERA (LD)	
	AMPYRA (LD)	EXTAVIA	TYSBRI (LD)	
	AUBAGIO (LD)	MYOBLOC	XENAZINE (LD)	
	AVONEX	REBIF		
	BETASERON	RILUTEK		
	BOTOX	RILUZOLE		

**RESPIRATORY AGENTS - MISC.**

PULMOZYME				
TOBI				

The formulary is subject to change. Network pharmacies have the most up-to-date formulary information at the time your prescription claim is presented.

As generic products become available, their brand name medication will be moved to the third tier or non-preferred status.

The inclusion of a drug on this list does not imply coverage under all plans.

## NON-PREFERRED FORMULARY MEDICATIONS AND THEIR PREFERRED FORMULARY ALTERNATIVE

<b>NON-PREFERRED FORMULARY MEDICATION</b>	<b>PREFERRED FORMULARY ALTERNATIVE</b>
Abilify .....	Risperidone
Accu-Check .....	Freestyle Lite, FreeStyle Freedom Lite, Precision Xtra, FreeStyle Insulinix
Advicor.....	lovastatin, simvastatin, pravastatin, Crestor
Allegra-D .....	loratadine D, cetirizine D, fexofenadine/pse
Amerge .....	sumatriptan, naratriptan, Relpax
Avalide .....	losartan/hctz, valsartan/hctz
Avapro.....	losartan, valsartan
Bayer Contour.....	Freestyle Lite, FreeStyle Freedom Lite, Precision Xtra, FreeStyle Insulinix
Bayer Breeze .....	Freestyle Lite, FreeStyle Freedom Lite, Precision Xtra, FreeStyle Insulinix
Benicar .....	losartan, valsartan
Clarinex.....	loratadine, fexofenadine, cetirizine
Clarinex D .....	loratadine D, cetirizine D, fexofenadine/pse
Enbrel.....	Humira
Foradil .....	Serevent
Frova.....	sumatriptan, naratriptan, Relpax
Lescol.....	lovastatin, simvastatin, pravastatin, Crestor
Lescol XL .....	lovastatin, simvastatin, pravastatin, Crestor
Lexapro .....	citalopram, paroxetine, fluoxetine, sertraline
Lumigan .....	latanoprost
Maxalt.....	sumatriptan, naratriptan, Relpax
Nasacort AQ .....	flunisolide, fluticasone, Rhinocort Aqua, Veramyst
Nasonex.....	fluticasone, Rhinocort Aqua, Veramyst
Patanol.....	OTC Zaditor, ketotifen, azelastine
Prevacid.....	OTC Prilosec, omeprazole, Nexium, Lansoprazole
One Touch Ultra.....	Freestyle Lite, FreeStyle Freedom Lite, Precision Xtra, FreeStyle Insulinix
Vytorin.....	lovastatin, simvastatin, pravastatin, Crestor

## PREFERRED DRUG LIST MEDICATIONS

This list contains the Preferred Brand Name Medications listed on the second tier of the formulary.

Actonel	Crixivan	Kaletra	Sustiva
Advair Diskus	Cymbalta	Ketek	Symbicort
Aggrenox	Detroit LA	Lanoxin	Synthroid
Akne-Mycin	Diastat	Lantus	Tamiflu
Alamast	Dilantin	Levemir	Tarka
Alocril	Dovonex Cream/Oint.	Levoxyd	Tasmar
Alomide	Duetact	Lexiva	Tegretol
Alora	Dutoprol	Livalo	Tegretol XR
Alrex	Edurant	Lodosyn	Tekamlo
Amturnide	Effient	Lotemax	Tekturerna
Androgel	Emtriva	Lovaza	Tekturerna HCT
Apidra	Enablex	Lyrica	Tikosyn
Aptivus	Epivir HBV	Metrogel Topical 1%	Tobradex Oint.
Arcapta	Epivir Soln.	Myrbetriq	Toviaz
Asacol	Epzicom	Namenda	Treximet
Asacol HD	Estring	Namenda XR	Trizivir
Atripla	Evista	Nexium	Truvada
Atrovent HFA	Exelon Patches	Niaspan	Ventolin HFA
AVC	Exforge	Nitrostat	Veramyst
Avodart	Exforge HCT	Norvir	Vesicare
Axiron	Felbatol	Orap	Viagra
Azopt	Femhrt 0.5/2.5	Oxycontin	Viracept
Betoptic S	Flarex	Pradaxa	Viramune XR
Breo Ellipta	Flovent	Pramotic	Viread
Brilinta	FML Forte	Precision Xtra	Vivelle - Dot
Canasa	FML S	Prefest	Xarelto
Celebrex	FML SOP	Premarin	Ziagen Solution
Cenestin	Forteo	Premphase	Zmax
Cerumenex	Freestyle Light	Prempro	Zovirax Cream
Cialis	Freestyle Freedom Light	Prezista	
Cipro HC	Freestyle Insulinix	Pristiq	
Ciprodex	Fuzeon	Pulmicort	
Cleocin Vaginal	Gabitril	Pylera	
Coly-Mycin-S	Glyset	Qvar	
Combipatch	Humalog	Ranexa	
Combivent	Humulin	Relpax	
Combivir	Humulin 70/30	Rescriptor	
Complera	Humulin N	Reyataz	
Coreg CR	Humulin R	Rhinocort Aqua	
Cortisporin	Intelence	Selzentry	
Cortisporin TC	Invirase	Serevent	
Coumadin	Isentress	Simcor	
Creon	Jalyn	Spiriva	
Crestor	Janumet	Stalevo	
Cresylate	Janumet XR	Strattera	
Crinone	Januvia	Stribild	



PO Box 407  
Boys Town, NE 68010  
TF 800|546|5677

[www.pti-nps.com](http://www.pti-nps.com)